ARCHIVIO ITALIANO

DI

PEDIATRIA

ANNO XI. (Seconda Serie) — 1893.

ARCHIVIO ITALIANO

DI

PEDIATRIA

PERIODICO BIMESTRALE

FONDATO

dal Prof. LUIGI SOMMA

E DIRETTO DAL

Dott. Cav. GIUSEPPE SOMMA

REDATTORE

Dott. VINCENZO MEYER

Con la collaborazione dei più eminenti pediatri esteri e nazionali

ANNO XI. — 1893.

NAPOLI
Stabilimento Tipografico Sangiovanni
Vico Salata ai Ventaglieri, 37
1893

INDICE DELLE MATERIE
PER ORDINE ALFABETICO DEGLI AUTORI

LAVORI ORIGINALI – LEZIONI – CASISTICA

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

BIBLIOGRAFIA

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA

Vedi le pagine: 55—108—154—202—250 e 293.

FORMOLARIO TERAUPETICO

Vedi le pagine : 55—108—156—203—252 e 290.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

DOSAMENTO DEI MEDICAMENTI NEI BAMBINI

per il Dott. J. W. TROÏTZKY
Docente privato di Pediatria nell'Università di Wladimir, a Kiew. (1)

> Importantissima, e degna di un' attenzione superiore a quella che l' è stata rivolta, è la Posologia. Questa costituisce il risultato finale di tutta l' indagine del Medico, ed è l' unico documento duraturo della sua perspicacia e della sua arte.
> C. W. Hufeland.

§ 1.

Il valore di ogni metodo scientifico si misura alla stregua della sua precisione e chiarezza. Il grado di queste due proprietà ci dà tanto più il diritto di riguardare il metodo come rigorosamente scientifico, quanto più esso raggiunge quella vetta ideale, in cui non sono possibili obbiezioni. Tutte le branche della Medicina teoretica e pratica si arricchiscono sempre più di metodi esatti per esaminare l' organismo umano nel suo stato sano ed infermo, nonchè per accrescere il nostro arsenale di mezzi terapici efficaci per combattere le malattie. Anche la Pediatria contemporanea presenta rilevanti progressi, in quanto che essa ogni giorno chiarisce sempre più l'intima natura e le cause intime di quei disturbi patologici che occorrono esclusivamente o prevalentemente nei bambini. E nel tempo stesso stabilisce regole efficaci circa il modo di trattare bambini sani ed infermi. In fine, la *Farmacologia*, che non è meno attiva delle altre branche della Medicina, ci presenta una serie di nuovi agenti terapici, della cui potenza ed efficacia non abbiamo il menomo motivo di dubitare.

A ben altro punto, però, ne stiamo circa la quistione sulla quantità dei medicamenti da prescrivere internamente a scopo terapeutico, nei diversi periodi dell'organismo in via di sviluppo. *A priori* potrebbe sembrare come se il dosamento dei medicamenti, a seconda dell'età, dovesse effettuirsi secondo regole rigorosamente determinate, e che avessero eguale valore per tutti; e che qui più che altrove fosse desiderabile e possibile attenersi a queste regole con esattezza quasi matematica. Ma in realtà ri-

(1) Traduzione del Dott. V. Meyer.

sulta, che le quantità dei medicamenti prescritti ai bambini in diversa età sono arbitrarie fino ad un alto grado, per non dire addirittura fino ad un grado inverosimile; e che in ciò gli autori in base a questa o quella tale *rutina*, e spesso anche per propria iniziativa, propongono dosi tanto ineguali degli stessi medicamenti per bambini di eguale età, che non è possibile giustificare queste differenze colle sole peculiarità individuali (certamente note a tutti, e le quali indubbiamente influiscono sulla quantità del medicamento da prescrivere), dello stato generale, del grado congenito della suscettività verso taluni medicamenti, della costituzione individuale, ecc. Una grande arbitrarietà nel dosamento dei medicamenti per i bambini si nota coi mezzi più o meno indifferenti, come con quelli dotati di un'azione energica; colla differenza, però, che questi ultimi talvolta vengono prescritti in quantità troppo piccola per poter contare con certezza sull'effetto farmacologico che si desidera. Già da lungo tempo, ed in diversi periodi, furono raccomandate Tabelle nonchè metodi per determinare le dosi medicamentose a seconda dei diversi periodi dell'infanzia. Codesti metodi, fondati sopra principî fondamentali ignoti, hanno lo stesso inconveniente, e forse anche maggiore, della indeterminatezza, perchè le dosi calcolate in base ad essi non sono eguali. A ciò si aggiunga, che in nessun punto il processo *empirico* aveva un'importanza maggiore quanto nella scelta dei medicamenti, sul cui impiego ed uso sovente le opinioni personali se non divergono coi postulati scientifici, non si accordano però coll'opinione della maggioranza. Lo stadio, in cui si trova la quistione da me presa in considerazione, è la causa per cui ovunque si constatano, sul proposito, fatti anormali e scientificamente poco esatti. Il medico pratico può, con egual dritto, seguire nel dosamento questo o quel metodo, questa o quella tabella, per cui egli anche in condizioni eguali introduce nell'organismo infantile quantità ineguali di uno stesso medicamento, nella speranza – naturalmente infondata— di ottenere eguali risultati. È agevole comprendere quali inconvenienti, e finanche pericoli, da ciò possono risultare, giacchè o si dà una dose troppo piccola, e non si ottiene alcun effetto, oppure si amministra una dose tropo elevata, che esplica un'influenza superiore a quella che si desidera per scopi terapeutici.

§ 2.

Anzitutto esporrò le opinioni di diversi autori relativamente al dosamento dei medicamenti nella pratica pediatrica, nonchè quelle regole e formole che furono e vengono tuttora proposte

come guida da attenersi nella posolagia infantile, menzionando soltanto quegli autori, che si sono occupati in modo speciale di quest'argomento, ed esponendo sul proposito idee più o meno originali. Il Capitolo sulla Terapia Pediatrica esordisce nel classico Manuale di P. R. EVANSON ed H. MAUNSELL (1) colla dichiarazione che le peculiarità dell'organismo infantile si appalesano con speciale evidenza negli effetti che diversi medicamenti esercitano su di essi; alcuni di essi esplicano sul bambino un effetto ben diverso che nell' adulto. Inoltre, in quel Manuale si legge che nella pratica pediatrica si possono adoperare tutti i medicamenti possibili, attenendosi, però, rigorosamente alle regole del dosamento, a seconda dell'età. Relativamente alla Tabella di GAUBIUS è detto che essa « realmente merita di essere presa in considerazione »; però, come tutte le regole sul dosamento, che dipendono meno dall'età quanto dalle proprietà dinamiche del medicamento, è insufficiente. I bambini tollerano facilmente, per la debole capacità riproduttiva del loro organismo, tutti i *rimedia laxantia et alterantia;* però, i mezzi atti ad influire sul sistema nervoso debbono essere adoperati negl'infanti con grande precauzione, a causa della grande eccitabilità del loro sistema nervoso.

Oscurissimo è su quest'argomento K. KUMMEL (2), il quale dà al medico pratico consigli, che, più che di guida, sono d'impaccio. Egli propone che i medicamenti da dare ai bambini vengano dosati non soltanto a seconda dell'età, ma anche a seconda della costituzione del bambino, del carattere della malattia, e delle speciali peculiarità del singolo caso.

Secondo K. GERHARDT (3), la quantità dei medicamenti da prescrivere ai bambini deve essere determinata non solo dalle peculiarità individuali, ma anche dalla quantità generale del sangue oppure dal peso del corpo. Poichè i bambini dei primi anni della vita hanno una piccola quantità di sangue rispetto al peso del corpo, la dose dei medicamenti da introdurre nell'organismo infantile deve essere alquanto inferiore a ciò che richiederebbe la proporzione rispetto al peso del corpo, anche prescindendo da che i bambini reagiscono più fortemente degli adulti all'azione di diversi medicamenti. Tenendo conto soltanto delle condizioni in peso, si possono dosare i rimedi astringenti e lassanti; tut-

(1) Handbuch für Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankheiten, frei bearbeitet von FRAENKEL, Berlin, 1838, pag. 88 e 90.

(2) Die Krankheiten der Perioden des kindlichen Lebensalters, 1866. Neu-Ruppin. pag. 24.

(3) Utschebnik djetsckich bolieznej. Moskva, 1881. Uebersetzung a. d. Deutschen. pag. 30-31.

tavia ciò non sarebbe possibile, senza rischiare un avvelenamento, con mezzi più energici, come per es. col mercurio. È strano, però, il fatto, che il distinto autore annovera i preparati mercuriali in quel gruppo di medicamenti, ai quali l'organismo infantile reagisce intensamente, e nel dosamento dei quali è indicata la maggiore precauzione, perchè a tutti è noto esattamente, che i bambini tollerano facilmente il mercurio, non soltanto in forma di calomelano, ma anche in forma di bagni di sublimato e di frizioni di unguento napoletano nel trattamento della sifilide congenita ed acquisita.

La Tabella di GAUBIUS risponde — secondo A. DESCROIZILLES (1)—talmente a tutti i postulati, da poter essere utilizzata per tutte le circostanze e per qualsiasi età nel dosamento dei medicamenti per bambini. JULES SIMON (2) nelle sue oltremodo istruttive « *Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants* », raccomanda di dare ai bambini mezzi dotati di un'azione energica, ma in dosi minime e frequentemente; ed in ciò consiste, secondo il suo modo di vedere, « *tout le secret de la posologie dans la thérapeutique infantile* ». Come esempio di ciò l'Aut. adduce la tintura di oppio, della quale coll'introduzione di *una* sola goccia si ottennero eccellenti risultati nel corso di 24-36 ore.—Però le mie osservazioni personali dimostrarono che l'introduzione di dosi troppo piccole di mezzi dotati di un'azione intensa, ma sicura, difficilmente può essere giustificata, perchè in tal caso può essere ritardato un alleviamento degli accessi che minacciano la vita.

Solo quando non havvi pericolo, si può limitare molto la dose. J. M. SCUDDER (3) propugna lo stesso principio, però senza sviscerare bene l'intima natura dell'argomento. Egli dice: « *the dose of medicine should be as small as will give the desired result* ».

La grande indeterminatezza nel dosamento dei medicamenti per i bambini ha indotto i pediatri ginevrini A. D'ESPINE e C. PICOT (4) ad esprimere categoricamente l'opinione, che la maggior parte degli alcaloidi, dotati di un'azione molto energica, debbono essere esclusi dalla pratica pediatrica.

E. SMITH (5) ritiene che la belladonna, l'arsenico e la digitale, vengano—oppostamente all'oppio—tollerati facilmente dai bambini. Secondo quest'autore non è possibile determinare le dosi te-

(1) Manuel de pathologie et de clinique infantiles. Paris, 1883, pag. 32.
(2) Paris, 1882. Tome I. pag. 2.
(3) The eclectic practice in diseases of children. Cincinnati, 1883, p. 24.
(4) Manuel pratique des maladies de l'enfance. Paris 1889, pag. 26.
(5) A practical treatise on diseases in children. New-York, 1884, p. 18-19.

rapeutiche da prescrivere ai bambini, prendendo in considerazione soltanto l'età.

Secondo A. Baginsky (1) qualsiasi regola per il dosamento dei medicamenti da prescrivere ai bambini non ha alcuna importanza pratica, perchè ciascuno dei farmaci dotati di un' azione energica richiede un diverso dosamento, a seconda della costituzione e delle peculiarità individuali. Secondo lui, l'esperienza e la pratica debbono sussidiare in ciò il pediatra. Ma, se la prima manca, e la seconda è appena nell'inizio, come si regolerà il giovine medico al letto dell' infermo?

Ed. Ellis (2) riguarda la Tabella di Gaubius come un sussidio pregevole ; però , circa la difficoltà di stabilire regole generali qualsiasi, fa la stessa osservazione che già 100 anni or sono era stata fatta da M. Underwood (3). Nel Trattato di A. Vogel (4) si deplora di non poter dare sul dosamento indicazioni fondate sulla esperienza; l'Autore afferma che in massima sarebbe a desiderare un dosamento fondato sulle proporzioni in peso dell'organismo in via di crescenza ; ma, ciò per alcuni motivi è inattuabile, e perciò si è cessato di stabilire per i bambini la Posologia secondo l'età. Le quantità di medicamenti introdotte nell'organismo in via di sviluppo debbono essere tanto piccole « da non produrre danni. È questa la prima regola della Terapia ». Inoltre, l'Aut. consiglia di accrescere con precauzione le dosi relativamente piccole, a seconda del loro effetto.

L'opinione che il dosamento sia inattuabile in base al peso del corpo non può essere condivisa per tutti i casi, poichè già oggi possediamo sul proposito una quantità sufficiente di dati. In fatti, tuttochè la prima regola della Terapia consista nel non nuocere all' infermo, d'altro lato essa consiste pure nel lenirne le sofferenze. E per ciò che concerne il consiglio di aumentare cautamente la dose, a seconda del risultato terapeutico che si è ottenuto, questo consiglio ribadisce ciò che poc' anzi ho asserito, cioè che nel dosamento dei medicamenti, a seconda dei vari periodi dell' infanzia si procede molto arbitrariamente.

Tuttochè R. Bartholow (5) contesti la possibilità di un' esattezza matematica nel dosamento dei medicamenti per i bambini

(1) Rukovodstvo djetskich boljesnej. S. Peterburg. Uebersetzt a. d. Deutsch, pag. 35.

(2) Formulario completo de terapéutica infantil. Versión española y un apéndice original de Dr. Calatraveno. Madrid 1889, pag. 14-15.

(3) Treatise on the diseases of children. Londra, 1846, pag. 118.

(4) Utschebnik djetskich boljesnej, bearbeitet von Ph. Biedert. Uebers. a d. Deutsch. St. Petersbrurg 1891, pag. 24.

(5) The general therapeutics of children's diseases. Cyclopedia of the diseases of children. Philadelphia, V. 1. pag. 967.

(« *but mathematical devices can never take place of discretion and knowledge* »), egli ravvisa nell' idiosincrasia un momento tanto importante, che raccomanda, prima di prescrivere un rimedio dotato di azione energica, di studiarne esattamente il carattere e determinare il grado della sua peculiarità.

Circa la possibilità di dosare matematicamente la dose—il che è contestato dall'Aut. — si può dire quanto segue: un grado più o meno grande di esattezza nel dosamento dei medicamenti per i bambini è attuabile, ed oltremodo desiderabile, benchè le regole sul proposito sieno sempre fondate sull'esperienza acquisita nella maggioranza dei casi, ma non applicabili a tutti i casi. Circa l' idiosincrasia è necessario far notare, che essa non ha il menomo rapporto col dosamento a seconda della età del bambino.

Nel suo piccolo Manuale per i studenti J. F. GOODHART (1) parla anzitutto della grande difficoltà di dosare i medicamenti per i bambini, ed anche delle rispettive e forti oscillazioni che occorrono sul proposito.

Egli ritiene che la formula di YOUNG sia adatta per i bambini fino all'età di 12 anni. In quanto all'oppio dice che esso « *must be given to infants in infinitesimal proportions* ». Come *pendant* a questa dichiarazione, io mi permetto di menzionare il dosamento dell' oppio, come è stato stabilito da quest' autore. Per i bambini di un mese ad un mese e mezzo GOODHART raccomanda 1[16 di goccia della tintura d' oppio; per i bambini di 3 mesi egli raccomanda di dare in una sola volta la dose di 1[2 goccia, cioè otto volte superiore alla prima.

Nè codesta quistione è trattata meno oscuramente nei Manuali di Farmacologia e nelle numerose Farmacopee apparse in questi ultimi anni. Così, per es. H. KOEHLER (2) raccomanda indirettamente il dosamento a seconda dell' età; però, fa notare sul riguardo, che le regole fondate su questo principio sono applicabili soltanto nella maggioranza dei casi; in fatti, mentre per gli emulgenti il dosamento a seconda dell'età potrebbe riuscire inferiore a ciò che deve essere, per i narcotici accadrebbe l'opposto.

Fra i fattori che il medico dovrebbe sempre tener presente nel dosamento dei medicamenti per i bambini, HUSEMANN (3) annovera la grandezza del corpo, lo stato generale della nutrizione e la costituzione.

(1) The diseases of children. London, 1888 (Student' s guide series), pag. 13-14.
(2) Rukovodstro phisiolohitscheskvi terapertiki i materiae medicae. 1. St. Petersburg. Uebersetz. a. d. Deutsch. 1875; pag. 34-35.
(3) Arzneimittellehre. 2. Aufl. Bd. I. pag. 109.

Nel libro di E. Maurin (1) è detto che già Bricheteau, Chevalier, Cotterhau e Gaubius tentarono di stabilire regole generali per la determinazione delle dosi terapeutiche nei diversi periodi dell' infanzia ; però tutte le formule di questa specie non possono essere utilizzate dal medico pratico, come un ajuto sufficiente, poichè il dosamento non dipende soltanto dall' età, ma anche dalle proprietà del medicamento. Secondo l' opinione di Maurin, ai bambini deboli bisogna dare dosi più piccole che ai bambini coetanei, ma robusti. La massima dose per il più tenero periodo dell' infanzia deve essere diminuita per i bambini di una età immediatamente superiore, nel caso che il loro organismo presentasse segni di un deperimento nutritivo.

A. Veillard (2) non attribuisce alcuna speciale importanza alle formole, e ritiene che l'oppio ed i preparati di fenolo sieno mezzi verso i quali l' organismo infantile è troppo sensibile, mentre l'arsenico ed il mercurio verrebbero tollerati con relativa facilità.

Il pediatra italiano Virg. Massini (3) riguarda la Tabella di Gaubius come una « *guida molto utile* ». Però , al pari di R. Bartholow soggiunge, che è impossibile un'esattezza meccanica nella prescrizione di medicamenti per i bambini.

Da tutto ciò che abbiamo detto risulta che vi sono tuttora immense contraddizioni e lacune su codesta quistione, che ha tanta importanza per il medico pratico. Mentre alcuni raccomandano di attenersi alle regole sul dosamento (Evanson e Maunsell), d'altro lato si dichiarano queste regole come insufficienti (Evanson e Maunsell, Maurin, Goodhart), o come poco importanti (Baginsky), o come difficili a stabilire (Ellis, Goodhart, Underwood), o come escludenti qualsiasi possibilità di un' esattezza matematica (Massini, Bartholow). Alcuni autori ritengono che il dosamento nella maggioranza dei casi sia utile (Evanson e Maunsell, Ellis, Massini, Koehler, Smith); altri ritengono che, nella prescrizione dei medicamenti per i bambini, le proporzioni in rispetto al peso costituiscano il metodo migliore (Gerhardt, Vogel). Ad alcuni piace esclusivamente la tabella di Gaubius (Descroizilles), ad altri soltanto la formola di Young (Goodhart).

In un caso vengono riconosciuti come fattori influenti sulla proporzione della dose: la costituzione, il carattere della malattia e le peculiarità individuali (Kummel); in un altro caso la costituzione e le peculiarità individuali (Baginsky); nel terzo caso le proprietà del medicamento (Evanson e Maunsell, Maurin), e

(1) Formulaire magistral pour les maladies des enfants. Paris, pag. 31-35; 126-129.

(2) Formulaire clinique et thérapeutique des maladies des enfants. Paris, 1888. p. 62-66.

(3) Terapeutica dell' infanzia e fanciullezza. Genova, 1889; pag. 55.

finalmente nel quarto caso lo stato generale della nutrizione (HUSEMANN).

Circa l'uso dei mezzi dotati di azione energica, ora si raccomanda di adoperarli in piccolissime dosi (J. SIMON, SOUDDEN), ora di radiarli addirittura dalla terapia infantile (D'ESPINE et PICOT).

Finanche sull' importanza della proporzione in peso del medicamento, per determinarne le quantità necessarie onde ottenere un dato effetto terapeutico, le opinioni degli autori sono discrepanti, perchè il cennato criterio ora fu ammesso come assolutamente necessario (GERHARDT), ora fu ritenuto opportuno soltanto in massima (VOGEL). Come medicamenti, che possono essere tollerati con relativa facilità, vengono addotti i *remedia laxantia et alterantia* (EVANSON e MAUNSELL), *laxantia et adstringentia* (GERHARDT), la belladonna, l'arsenico ed il mercurio (VEILLARD). Soltanto in riguardo ai preparati di oppio, non havvi alcuna discrepanza, giacchè tutti gli autori si accordano nel ritenere che nell'uso di questi medicamenti ci vuole la massima cautela.

§ 3.

Passo ora ad enumerare tutto ciò che ho riscontrato nella Letteratura circa i metodi, le formole, le tabelle e le regole circa il dosamento dei medicamenti nei bambini, a seconda dell' età. Spero che, esaminando partitamente il valore di ciascuno di essi, e paragonandoli su tale riguardo, potrò dimostrare chiaramente quale discrepanza havvi fra di essi, e come spicca evidentemente la loro indeterminatezza. Esponendo una serie di esempî di dosamento dei rappresentanti di diversi gruppi farmacologici, avrò occasione di far rilevare in modo non dubbio, che le Tabelle fondate sopra principî analoghi, sono insufficienti così dal punto di vista pratico come da quello teoretico.

1.ª Tabella di A. SCHNITZER e B. WOLFF (1).

per bambini di	2	anni	1/8
» »	4	»	1/4
» »	14	»	1/2
per l'adulto			1

Ciò che qui a prima vista risalta all' occhio è l' incompletezza nonchè la mancanza assoluta d' indicazioni circa il dosamento dei medicamenti nei primi due mesi della vita. Una forma abbreviata della seconda Tabella di GAUBIUS, che ora riporteremo,

(1) Loc. cit.

è rappresentata dalle regole di A. SCHNITZER e di B. WOLFF, le quali però non possono mai soddisfare alle esigenze del medico pratico, al quale importa conoscere esattamente la dose terapeutica, al meno per ogni anno dell'infanzia. Una tale lacuna è addirittura imperdonabile in un Manuale che, a giudicare dal titolo, sarebbe stato compilato « in base a comunicazioni di medici esperti ».

2.ª *Tabella di* H. KOEHLER (1).

Nelle prime due settimane della vita	1|10
A bambini di tre mesi	1|8
» da 6 mesi — 1 anno . .	1|4
» da 1-5 anni	1|2
Adulti	1

Un dosamento così elevato non può essere adoperato nei primi mesi della vita, se si voglia essere al sicuro da sgradite sorprese o addirittura da un' intossicazione. Per i medicamenti energici in generale, e per i narcotici in specie, dare ad un bambino di tre mesi *un ottavo* della dose che si dà agli adulti, dare *un quarto* della stessa dose ad un bambino di un anno, ed *un mezzo* della dose di un adulto ad un bambino di 4-5 anni può avere risultati tristi. Che se, d'altra parte, la metà della dose per gli adulti viene riconosciuta come adatta per un bambino di 5 anni, si viene ad ammettere implicitamente, che la differenza fra un adulto ed un bambino di 5 anni è tanto insignificante, che per equipararla basta raddoppiare la dose.

3.ª *Tabella* (*delle dosi massime*) *di* O. SILBERMANN (2).

Dalla nascita fino ad 1 anno . . .	1|10
Da 2-4 anni	1|8
Da 5-7 »	1|5
Da 8-10 »	1|4
Da 11-14 »	1|2
Per un adulto . . . . , ...	1

Da questa tabella risulta che la dose massima per un poppante dovrebbe ascendere ad 1|10 di quella per l'adulto, cioè quella quantità che da KOEHLER fu raccomandata per bambini delle prime due settimane della vita, e proprio non come dose massima, sibbene come ordinaria dose terapeutica. La quarta parte della dose per adulti è stata proposta da SILBERMANN come dose mas-

(1) Loc. cit.
(2) Rezepttaschenbuch für Kinderkrankheiten. Breslau. 1889, pag. 105-109.

2

sima per i bambini di 8-10 anni, mentre secondo KOEHLER la stessa dose a scopo terapeutico può essere prescritta già in età di 1 anno. Però, il metodo di SILBERMANN ha pure altre pecche, che scaturiscono per es. dalle seguenti considerazioni: fra il bambino che è appena uscito dal periodo dell'allattamento ed un bambino di 4 anni la differenza è grande, e ciò malgrado egli ha portato la dose soltanto da 1\|10—1\|8. Il fatto che nella Tabella non si trovano indicazioni per i singoli periodi del primo anno della vita—che è ritenuto come il più pericoloso per possibili errori nel dosamento—schiude l'àdito ad un arbitrio nel dosamento, che può avere conseguenze nocive. Inoltre l'Aut. dichiara, che la metà della dose di un adulto può essere data a bambini di 11-14 anni, mentre la dose compresa fra un quarto ed un mezzo di quella dell'adulto può essere data soltanto a bambini di 11 anni.

4.ª Tabella di A. BAGINSKY (1).

Nei primi mesi della vita. . .	1|15—1|12
Alla fine del 1° anno	1|10
Fra 2-3 anni	1|8—1|4
Fra 4-7 anni	1|3—1|2
All'età di 14 anni	1

Su questa Tabella si può dire quanto segue: il dosamento per il primo anno della vita non può essere ritenuto come soddisfacente, giacchè si nota una differenza troppo piccola nella dose fra i primi mesi della vita e la fine del primo anno, quantunque l'organismo infantile durante questo periodo subisca una serie di modificazioni essenziali, ed al principio del secondo anno, insieme a queste modificazioni si nota che il peso del corpo è triplicato. Inoltre, BAGINSKY propose di prescrivere—ai bambini di 2-3 anni—un ottavo ad un quarto della dose che si dà agli adulti, il che neppure ci sembra giusto. D'altro lato fo riflettere che dare la quarta parte della dose di un adulto a bambini di 3 anni, e la metà della dose di un adulto a bambini di 7 anni, non sempre è innocuo.

In fine, non posso neppure ammettere che a bambini di 14 anni si dia la stessa dose come agli adulti. Il periodo della cosiddetta pubertà si trova al limite della Pediatria da un lato, e della Patologia degli adulti dall'altro lato. Ma l'età di 14 anni rientra completamente nel primo di questi due periodi.

(1) Loc. cit.

5.ª Tabella di O. SEIFERT (1).

Fino al 1° anno	1|15—1|12
Da 1-2 anni	1|8
Da 2-4 »	1|6
Da 4-6 »	1|4
Da 6-12 »	1|2
Da 12-15 »	2|3
Per l'adulto	1

Anche alla Tabella di SEIFERT si può fare l'obbiezione, che in essa il dosamento per il primo anno della vita è troppo indeterminato, e che la differenza delle dosi per i primi e per gli ultimi periodi dello stesso anno della vita è troppo piccola. In complesso si può affermare, che le dosi raccomandate da lui per i bambini dei diversi periodi della vita non rientrano nelle dosi di quelle medie, perchè sono più elevate delle dosi massime di SILBERMANN (2). La metà della dose per un adulto è assegnata per un periodo, che comprende stadî dell'organismo infantile troppo svariati.

6.ª Tabella della Farmacopea Russa.

Fino ad 1 anno	1|20—1|10
Da 2-3 anni	1|8
Da 4-5 »	1|6
Da 6-8 »	1|4
Da 9-11 »	1|3
Da 13-15 »	1|2
Da 16-19 »	3|4
A 20 anni »	1

Paragonando questa Tabella con quella precedente, riesce agevole scorgere, che in essa il dosamento è fatto con più oculatezza, e che i limiti delle dosi per il primo anno della vita sono molto più rilevanti, benchè in quanto a completezza e precisione anch'essa presenti non piccole pecche. Ci basti additare che non è indicato il dosamento dalla fine del primo sino al principio del secondo anno, dalla fine del terzo fino al principio del quarto anno, ecc. La metà della dose per un adulto è assegnata per bambini di 12-15 anni. Manca, inoltre, completamente un'indicazione che ha molta importanza nella pratica, cioè il dosamento per i singoli mesi del primo anno della vita.

(1) Recepttaschenbuch für Kinderkrankheiten. Wiesbaden, 1891. Einleitung. pag. 1.
(2) Loc. cit.

7.ª *Tabella di* Gaubius (1).

Fino a 6 mesi	1[30
Da 6 mesi ad 1 anno	1[15
Per bambini di 1 anno	1[12
» » 2 anni	1[8
» » 3 anni	1[6
» » 4 anni	1[4
» » 7 anni	1[3
» » 14 anni	1[2
» » 16 anni	2[3
Per un giovine di 21 anno	1

La grande proclività di molti autori a proporre la Tabella di Gaubius come guida nel dosamento dei medicamenti per bambini, trova, a parer mio, la spiegazione nel fatto, che in essa si trova, benchè soltanto in parte, una certa esattezza circa il primo anno della vita. Secondo questa Tabella, la dose nella seconda metà del primo anno può essere raddoppiata. Però, per gli anni consecutivi il dosamento è troppo elevato e non sempre razionale. Inoltre, si potrebbe bene accampare la domanda: perchè ad un bambino di tre anni si debba dare una dose doppia che ad un bambino di un anno; ad un bambino di quattro anni due volte più che ad un bambino di due anni; e finalmente ad un bambino di sette anni due volte più che ad un bambino di tre anni? In fine, se a bambini di quattro anni si può prescrivere il quarto della dose che si prescrive per adulti, perchè a quelli di quattordici anni si deve dare soltanto la metà della dose per un adulto, mentre durante questo periodo di dieci anni l'organismo infantile subisce modificazioni superiori a quelle che si potrebbero ammettere in base alla Tabella di Gaubius.

8.ª *Tabella di* Gauthier (1).

Fino ad 1 anno	1[15—1[12
Per bambini di 2 anni	1[8
» » 3 »	1[6
» » 4 »	1[4
» » 7 »	1[3
» » 14 »	1[2
Per un adulto	1

(1) D'Espine et Picot, E. Ellis, E. Maurin, Massini, vedi loc. cit.
(2) A. Veillard, loc. cit. pag. 62.

9.ª Tabella—Le moyen mnémotechnique di COTTEREAU (1).

Alla fine del 1° anno	1|12
Da 1-3 anni	1|6
Da 7-14 anni	1|2
Da 14-20 anni	2|3
Per un adulto	1

Le due ultime Tabelle rappresentano una forma abbreviata di quella di GAUBIUS. Però, nella prima mancano le indicazioni per il dosamento nella metà del primo anno nonchè per l'età di 16 anni; la seconda in rapporto all'originale è troppo abbreviata per poter rispondere alle esigenze del pratico e servire di guida al letto dell' infermo. La incompletezza di quest' ultima Tabella ci potrebbe autorizzare a prescrivere a bambini di 2 anni 1|6 ; a quelli di 3-7 anni 1|3 della dose per adulti; e la metà di questa dose si potrebbe incominciare a dare ai bambini da 8 anni in poi.

La formola di YOUNG (2), tanto prediletta dai medici inglesi, è $x = \frac{a}{12 + a}$, nella quale x indica la dose che si cerca per una data età del bambino, ed a il numero degli anni dei bambini. La Tabella, fatta in base a questa formola, è la seguente:

10ª Tabella secondo la formola di YOUNG.

Per bambini 1 anno	1|13
» 2 anni	1|7 (2|14)
» 3 »	1|5 (3|15)
» 4 »	1|4 (4|16)
» 5 »	5|17
» 6 »	1|3 (6|18)
» 7 »	7|19
» 8 »	2|5 (8|20)
» 9 »	3|7 (9|21)
» 10 »	5|11 (10|22)
» 11 »	11|23
» 12 »	1|2 (12|24)

Questa formola di YOUNG è fondata sopra principî tanto arbitrarî, che non vale la pena di spendere molte parole per dimostrarne l'insussistenza. Ci basti dire, per es., che in essa la dose per bambini di 2 anni oltrepassa quasi due volte quella per bambini di 1 anno; invece, la dose per bambini di 4 anni si rad-

(1) A. MAURIN, loc. cit. pag. 35.
(2) GOODHART, BARTHOLOW, loc. cit.

doppia soltanto all'età di 12 anni, ecc. — Nè merita di essere presa in seria considerazione la lieve modificazione, apportata da FONSSAGRIVES (1) alla formola di YOUNG.

I medici americani utilizzano il metodo di COWLING (2), il quale consiste nel calcolare il numero degli anni dal giorno consecutivo alla nascita, e dividere per 24; il quoziente ottenuto nella divisione dinota quella parte della dose per adulti che sarebbe indicata nel caso concreto.

11.ª Tabella secondo il metodo COWLING.

Per bambini di	1 anno	1[24
»	2 anni	1[12
»	3 anni	1[8
»	4 anni	1[6
»	6 anni	1[4
»	8 anni	1[3
»	12 anni	1[2
Per fanciulli di	16 anni	2[3
»	18 anni	3[4
Per giovani di	24 anni	1

Benchè il sistema di COWLING difetti di una base scientifica per determinare le dosi dei medicamenti a seconda del periodo dell'età, ciò nondimeno esso ha il vantaggio, che le quantità dei medicamenti prescritti ai bambini nei primi anni della vita sono molto moderate, sicchè sono al coverto da obbiezioni; tuttochè d'altro lato non si possa condividere l'opinione di BARTHOLOW (3) circa il completo accordo delle dosi terapeutiche colle proporzioni in peso dell'organismo infantile. Se ciò ne fosse effettivamente il caso, la dose per bambini di 6 anni dovrebbe essere il doppio di quella per bambini di 2 anni, mentre nella Tabella essa è quasi 6 volte maggiore. La metà della dose per adulti è un pò troppo grande per bambini di 12 anni, quando a bambini di 6 anni si voglia somministrare soltanto la quarta parte della dose. Ed un appunto più rilevante all'opinione di BARTHOLOW circa il metodo di COWLING può essere fatto paragonando la dose per bambini di 1 anno con quella per bambini di 2 anni. Secondo la Tabella, sarebbe qui permesso di raddoppiare la dose, mentre ciò non può essere fatto in base alle proporzioni in peso.

In ultimo, ci resta qui a prendere pure in considerazione la Tabella di CHR. HUFELAND (4), la quale, fra i medici di tutti i

(1) VEILLARD, loc. cit.
(2) BARTHOLOW, loc. cit. pag. 968.
(3) *Ibid.*
(4) Lehrbuch der allgemeinen Heilkunde. 2. Auflage. Jena 1830, pag. 83-84.

paesi, gode oggi un' immensa popolarità. Sicchè si potrebbe bene accampare la domanda: a quale circostanza è dovuto che questa Tabella per lo passato od anche oggi sia stata raccomandata con tanto calore? Regge davvero, ad una critica severa, se non dal punto di vista scientifico, per lo meno da quello pratico, l'antico principio di HUFELAND? Ed ammesso che esso regga ad una critica severa dal punto di vista pratico, quale n' è il motivo?

A causa delle differenze, da me accertate nella Letteratura, sulla Tabella di HUFELAND, mi sono attenuto al già citato Manualé, nel quale è anzitutta indicata la dose per quattro periodi della vita, e poscia havvi una Tabella nella quale è indicato il completo dosamento per i singoli mesi del primo anno della vita e per ogni anno consecutivo.

La regola fondamentale del dosamento secondo HUFELAND può essere riassunta come segue: dividendo il tempo dalla nascita del bambino fino all' età di 25 anni in 4 periodi (ineguali), e proprio di 1-5-15-25, la dose dei medicamenti nel primo periodo deve essere 1|4, nel secondo 2|4 o 1|2, nel terzo 3|4 e nel quarto deve ascendere a 4|4 cioè 1.

12.ª Tabella di HUFELAND.

Per bambini di	15	giorni	1|40	
»	1	mese	1|20	(2|40)
»	2	mesi	1|10	(4|40)
»	3	»	1|8	(5|40)
»	4-5	»	3|20	(6|40)
»	6-7	»	7|40	
»	8-9	»	1|5	(8|40)
»	10-11	»	9|40	
»	1	anno	1|4	(10|40)
»	2	anni	13|40	
»	3	»	2|5	(16|40)
»	4	»	9|20	(18|40)
»	5	»	1|2	(20|40)
»	25	»	1	(40|40)

A partire dal quinto anno, la dose aumenta, per ogni anno successivo, di 1|40; e perciò ritenni inutile riportarla qui integralmente.

Dal punto di vista pratico, il metodo del dosamento alla HUFELAND è semplicissimo e di facile applicazione. Per il periodo di 5 25 anni, il numeratore della frazione, che esprime la dose, viene accresciuto, per ogni anno successivo, di un'unità. Sicchè, ricordando che la metà della dose per adulti vale per l'età di 5 anni,

si computa facilmente la dose per ogni periodo ulteriore della vita, aggiungendo al numeratore della frazione 20|40 tante unità per quanto maggiore è l'età per cui bisogna prescrivere la dose. Nello stesso modo va computato il dosamento per i singoli mesi del primo anno della vita, eccezion fatta del secondo mese, per il quale la dose del primo viene semplicemente raddoppiata; però dal 4° all' 11° mese incluso, il numeratore viene accresciuto di 1 non ogni mese, ma dopo ogni 2 mesi. Inoltre, si aggiungono al numeratore della frazione per il 1° anno della vita, 10|40, tre unità per ottenere la dose per il secondo anno della vita, sei unità per il terzo, otto unità per il quarto, e dieci unità per il quinto anno della vita.

Il metodo di Hufeland per tale rigorosa precisione riesce abbastanza comodo al medico pratico per computare la dose, sia per ogni singolo anno, sia per tutti i mesi del periodo della lattazione. Su tale riguardo bisogna convenire che la Tabella di Hufeland ha un vantaggio rispetto a quella di Young, che è applicabile soltanto fino all'età di 12 anni, ed a quella di Cowling, che non contiene alcun dosamento per i singoli mesi del 1° anno della vita. In ciò sta il vantaggio del metodo di Hufeland ed il motivo per cui esso ha goduto una popolarità per quasi 100 anni.

Per ciò che concerne la critica rigorosamente scientifica, il più antico dei metodi di dosamento non vi regge, benchè tutti i recenti tentativi per stabilire tabelle di dosamento a seconda dell' età, non si sieno addimostrati migliori del metodo di Hufeland. Ciò ridonda certamente ad onore di chi lo ha creato; ma non autorizza certamente l'opinione di quelli che, per il cennato scopo, vorrebbero servirsi esclusivamente di questo metodo. Gli autori dell'epoca recente si attengono agli stessi principî, il che certamente è imperdonabile, perchè le conoscenze sullo sviluppo fisico dell' organismo umano sono ultimamente progredite fino al punto, che il loro utilizzamento nella Posologia non solo è possibile, non è assolutamente indicato per ogni metodo scientifico. Come inconvenienti della Tabella di Hufeland si può addurre quanto segue: l'aumento troppo rapido della dose nei singoli mesi del primo anno della vita, il dosamento troppo alto per il primo e per il quinto anno, e l' aumento esageratamente circospetto delle dosi dopo quest'ultimo periodo. Le dosi raccomandate per i bambini che stanno alla fine del primo anno della vita sono troppo elevate perchè il medico possa seguirle esattamente nella prescrizione; e ciò dicasi specialmente per i medicamenti dotati di un'azione energica. Quasi lo stesso si può dire circa il dosamento per bambini di 5 anni. Riesce quasi incon-

cepibile come mai quel pratico così coscienzioso ed indubbiamente tanto perspicace abbia potuto consigliare dosi tanto temerarie per bambini di età così tenera, ponendosi quasi in contraddizione colle auree parole che scrisse nel suo libro: « si abbia soprattutto la massima precauzione nel prescrivere le dosi: le più piccole sono le migliori. Con poco, con pochissimo si può raggiungere molto ». (*continua*).

LE ULCERAZIONI AI CALCAGNI E MALLEOLI DEI NEONATI E DEI BAMBINI LATTANTI

COMUNICAZIONE AL 2° CONGRESSO PEDIATRICO ITALIANO IN NAPOLI NELL'OTTOBRE 1892

del Prof. GIACOMO DI LORENZO.

Una lesione di cui poco o nulla si legge negli autori, ma che sovente io vidi nella sala dermosifilopatica da me diretta nel R. Ospizio dell'Annunziata di Napoli, le ulcerazioni cioè ai calcagni e malleoli dei neonati e dei bambini poppanti, ombra di fattori diversi e della stessa sifilide ereditaria, mi porge il destro di questa comunicazione al Congresso.

L'è un contributo meramente clinico; tanto per affermare che i sintomi, il decorso e la stessa natura talvolta varia di esse ulcerazioni, mi sembrarono pel grado e per l'importanza, meritevoli di maggior considerazione da parte di specialisti in pediatria e sifiliatria.

Esporrò quindi, suffulta da qualche dato statistico, la parte obbiettiva e sintomatica come la vidi sempre per anni; aggiungerò poi alcune idee e riflessioni in etiologia e terapia.

E comincio dalla forma Clinica.

In molti neonati ed in alcuni bambini lattanti, spesso anemici e denutriti, o già degenti in sala, o che mi pervennero dalle altre infermerie pediatriche dell'Ospizio e dall'esterno, affetti da dermatosi sifilitiche o comuni, si mostrò come fatto saliente, e talvolta anche solo, un'ulcera al tallone raramente isolata, ma per lo più ripetuta al lato omonimo od ai malleoli specialmente interni di uno o tutte due i lati.

Giova al proposito, pria di ogni altro, ricordare qualche cifra: Da una statistica, infatti, di soli 18 mesi, tutto l'anno 1891 e 1° semestre 1892, su di un totale di 471 bambini infermi entrati nella mia sala, 68 erano con queste ulcerazioni, — maschi 18, femmine 50; quindi la percentuale fu del 14 p. °/₀; e di

essi con sifilide ereditaria 12, cioè circa il 19 p. 0l0. Ulcerazioni suddivise così; ai calcagni 34 (ad entrambi 26, solo a destra 5, a sinistra 3); ai malleoli interni 26 (ad entrambi 24, solo al destro 1, solo al sinistro 1); ai calcagni e malleoli insieme 8. E per età da 2 a 10 giorni 19; 30 da giorni 11 a 20; 7 da giorni 20 a 30; 3 da giorni 30 a 40, 1 solo di mesi 2.

Ora ciò messo, come ebbe principio e si svolse quest' ulcerazione ?

La risposta esatta credo trovarla nel descrivere l' ulcerazione al calcagno, sede più esplicita ed evidente della lesione, e dove ebbi opportunità di studiarne l'inizio e vederne lo svolgimento e la fine; questo anzi mi darà agio di assolvere il quadro clinico, e mi eviterà ripetizione per l'ulcerazione dei malleoli che ha eguale parvenza e vi resta perciò implicitamente compresa— salvo qualche minima variante che sarà in ultimo ricordata.

Ecco intanto come procede e si manifesta l'affezione.

Appare d' ordinario prima un rossore circoscritto al tallone, come una macchia di eritema; arrossimento che può farsi più o meno fosco e diffuso alla pianta, al dorso, al piede intero, accompagnato da calore od anche freddo della parte, come in inverno (*stasi a frigore*); stato che può durare così un pezzo e svanire senz' altro. Persistendo però qualche giorno, si nota nel mezzo del tallone stesso o lì di presso—più in alto, in basso o di lato— una piccola fovea nella pelle di colore più sbiadito, quasi una lieve pigiatura fatta dal polpastrello di un dito; e dopo qualche altro giorno quest'infossamento si pronuncia dippiù, l'epidermide si assottiglia, e non tarda a mostrare nel centro una scontinuità che si estende man mano perifericamente in giro per qualche centimetro, e l' ulcera si pronuncia così bella e fatta quasi da uno stampino. La forma è irregolarmente circolare, piccola, ma che può arrivare alla grandezza di un due centesimi; ora limitata negli strati superficiali della pelle, ed ora più profonda nel derma—nel qual caso ha l' aspetto infundibuliforme o proprio a scalino. Il fondo di questa ulcera è grigio-giallastro, vi è poco o niente secreto—quindi superficie ordinariamente secca ed asciutta, i margini sono sottili e non sempre continuati col fondo, il dolore quasi nullo — desumendolo dalle poche grida e dai movimenti limitati dei bimbi pel toccamento di quelle parti.

Apparsa così l'ulcera, può non progredire di vantaggio, anzi arrestarsi; ed allora con opportune medicature, ed allontanando certe cagioni come diremo, il processo di proliferazione prende il disopra, e si ha in campo la ordinaria granulazione con le sue fasi cicatriziali; ovvero, come di frequente, si vede un essudato a punti gialli disseminati, i quali si riuniscono formando

una membrana che si organizza (fatto anche notato da BOUCHUT), e l'ulcera ripara residuando una macchia pigmentata rosso-bluastra che poi dilegua e tutto ritorna normale. Altra volta, invece, si ha formazione di una crosta giallo-sporca, se la superficie ulcerata fu più umida, la quale cade dopo giorni, e lascia una cicatrice come innanti, che col tempo svanisce quasi del tutto. Questo l'esito felice.

Non così avviene quando è trascurato il male o mostra prevalenza del processo distruttore che lo rende stazionario se non peggiore; allora l'ulcera ingrandisce alquanto, dà leggiero scolo siero-purulento, ed una sofferenza più marcata nella parte. Che se vi sono fatti discrasici ed evidente sifilide ereditaria, com'è facile nei bimbi con sifilodermi polimorfi, i caratteri dell' ulcera possono cambiare perfettamente trasformandosi in specifici. Il fondo si fa lardaceo, i margini tagliati a picco, il secreto più abbondante e purulento; e sono i casi nei quali l'ho visto estendersi guadagnando il calcagno intero fino ad approfondarsi nell'osso che può cariare, e quindi altre varianti nella forma dell'ulcera stessa; giacchè il fondo diventa grigio sporco, plora un umor guasto e fetente, i margini sono scollati e minati per l'osso malato; ed inoltre, in forza della stessa infezione, si ripete facilmente il male all'altro tallone ed ai malleoli, o se erano già ulcerati, si modificano e peggiorano allo stesso modo.

Va da se, che arrivato a questo punto la malattia, per lo più muore il bambino, o la guarigione è assai difficile ed eccezionale, come noterò appresso in un caso della mia sala: ma è lunga e stentata allora la guarigione, pedissequa com' è delle condizioni generali; quindi lentamente si deterge il fondo dell'ulcera, ed a stento vien su granulazione buona che conchiude una cicatrice alquanto infossata od adesa per i fatti dell'osso, ciò che migliora col tempo e con la *restitutio ad integrum* dell'organismo intero e della località affetta.

È questa la sindrome di tale ulcera speciale, sue forme e fasi ordinarie a vedersi.

Intanto devo significare subito che l'inizio dell'ulcerazione per l' influsso di altre cagioni generali, in individui marantici e distrofici, suol essere anche subdolo; nel senso che la pelle del tallone non mostra rossore od altro cambiamento di colore, di temperatura e via; e solo comincia per assottigliarsi l'epidermide nel punto dove succede la scontinuità; poi s' infossa leggermente la parte, e man mano si manifesta l' ulcera nel modo descritto, sempre irregolarmente circolare, piccola, secca, di qualche durata, e con le varie fasi notate; segue cioè il decorso solito, o quello delle dermatosi specifiche e della sifilide se vi campeggia,

(come nelle gomme, tubercoli ulcerati, etc.); o delle condizioni linfatiche e trofiche alterate se queste predominano (come nelle scrofulidi, adeniti suppurate, e via).

Ancora mi piace far notare un fatto in ulceri a decorso relativamente lungo, ed è il loro aspetto nella fase di guarigione. Si vede allora il tessuto neoformato costituire una specie di benderella secca, gialliccia, circolare, limitata per poche linee dalla periferia interna al centro dell'ulcera, ove si arresta per un pezzo senza progredire; e solo dopo tempo, se la faccenda migliora sempre, si estende a tutta la superficie ulcerata, la riveste interamente, e di sotto si lavora e compie la cicatrice: fatto codesto non infrequente a vedersi, da poterne costituire una varietà grafica.

Tutto ciò è il rilevabile nella nosografia dell'ulcera al calcagno, che può attaccare, come dissi dapprima, uno od ambo i talloni, e nel qual caso è sempre più marcata la lesione nella sede prima colpita.

Quanto poi all'ulcerazione dei malleoli poco v'è d'aggiungere per forma clinica in generale: sono a preferenza colpiti i malleoli interni o di un lato o di tuttedue, e può manifestarsi sola od assieme a quella dei calcagni, o prima o dopo di essi; giusto i dati statistici annunciati. L'ulcera non è mai molto estesa in queste sedi, ma piccola, superficiale, di forma rotondeggiante, con margini sottili, fondo gialletto al solito, secca, e con le fasi e varietà come nel tallone. Se cicatrizza, la cicatrice stessa è quì anche sottile, pigmentata, liscia, raramente rugosa od adesa, e col tempo, se non vi furono lesioni ossee od altre distruzioni, fatto raro ai malleoli, tutto ritorna come altrove nello stato sano. È tutt'affatto eccezionale in queste ulceri malleolari vedersi forme fistolose e scollamenti, che messe pure, quando non sono complicate e si limitano alla cute, operate e curate, guariscono lo stesso.

Ecco, o signori, il quadre clinico di tali ulceri speciali, la di cui diagnosi non pare si possa confondere con altre, tanto sono le sue note spiccate. Soltanto con le ulceri sifilitiche per sifilide ereditaria potrebbero ingenerare confusione in certi momenti; ma da riflettere che o esiste la sifilide, evidente per le sue varie manifestazioni, e non tardano ad acquistare esse stesse, le ulceri ai calcagni e malleoli, i caratteri specifici di cui abbiamo parlato, quindi chiara la cosa; o è assente, e basta badare alla sede di esse, ai caratteri propri, al decorso, alle speciali cagioni, come sarà detto, per uscire d'imbarazzo.

Le ulceri eritematose poi, anche ammesse, non sono da confondere con queste dei calcagni e malleoli, come la intenderebbe

qualche autore; perchè quelle sono sempre assai superficiali, rossastre, piane, umide, dolorose, ed in ogni modo il processo è nei due casi diverso, perchè si riducono spesso a semplici erosioni le eritematose.

Ed ora come accennai in principio dirò poche cose sulle cagioni che mi sembrarono più facili a produrre queste ulcerazioni ai bambini.

È malattia s' intende della primissima infanzia, dei nati cioè da pochi giorni a qualche mese, conforme i dati statistici letti innanti ; quindi pelle naturalmente più delicata, e per la sede— ai calcagni e malleoli, più sottile e sovrastante immediatamente alle ossa, condizioni anatomiche da riguardare. Attacca per sesso relativamente più femmine che maschi, pur riflettendo in proposito che nelle sale del nostro Ospizio abbonda sempre più il sesso femmineo, perchè son più ricercati e portati via subito i maschi; per costituzione più i deboli, gli atrepsici, i sifilitici; per stagione più frequente nell' inverno che nell'està od in altri tempi. A parte però queste che figurano da cagioni predisponenti, le occasionali e determinanti sarebbero proprio, per quello che ho visto, di un doppio ordine: altre locali, altre generali. Le locali più evidenti ed ordinarie sono meccaniche e chimiche : meccaniche, la struttura e lo strofinio degli arti inferiori sulle fasce specialmente se di ruvida tela; e poi la mancata precauzione di dividere con pannilini questi arti fra loro, onde con gli sforzi continui dei bimbi per liberarsi da quelle pastoie, cercando di ritirare flettere e distender i piedi, se l'attrito ripetuto è con le fasce si produce l'ulcerazione al tallone ; se lo sfregamento è maggiore degli arti fra di loro, avviene quella dei malleoli a preferenza interni : l' aggravante a tutto ciò sarebbe, secondo me, nel modo sconcio che hanno le balie di tenere i bambini in braccio stringendo la così detta *infasciata* nella parte inferiore; quindi maggiore il contatto e lo strofinio dei calcagni con le fasce e dei malleoli fra di loro, e la pelle, stretta quasi fra due corpi duri, rende l' ulcerazione anche più facile. Una cagione poi chimica sarebbe la decomposizione di materiali stercoracei ed urinosi per poca nettezza, ed il contatto continuo della pelle delicata con quelle sostanze, da cui pria l' eritema e poi l'ulcerazione ai talloni e malleoli. Cagione fisica è anche il freddo della stagione invernale, quando si tengono assai tempo i bambini nudi all' ambiente, ed i piedi si fanno gelati e lividi ; succede congestione da stasi alla pelle, e la circolazione naturalmente stentata agli estremi resta quasi strozzata e si formano ulceri in quelle sedi. In altri casi sono più cagioni di queste riunite, e l'effetto è più evidente.

Ma a prescindere da queste causali topiche ed irritanti nel senso fisico-chimico-meccanico; in altri bambini, con o senza la presenza loro, si trova nell'assieme dell'organismo e nella vulnerabilità facile delle parti la cagione vera di tali ulceri. In neonati o bambini anemici, defedati, discrasici, cachettici, in cui perciò la nutrizione è molto scaduta, sorgono per trofismo alterato, data una lieve concausa, queste lesioni elcologiche; e se vi è sifilide ereditaria con altre lesioni alla pelle, le ulcerazioni ai calcagni e malleoli sono preclare, anzi prendono carattere specifico e tendono a durare e diffondersi attaccando le ossa con esito letale; e ciò succede spesso nel contado con i bimbi ad allattamento esterno, quando non si vede o non si comprende l'importanza del fatto.

Le quali cagioni tutte sono sempre le più appariscenti e direi macroscopiche in ordine allo ingenerarsi di queste lesioni; ma le intime e minute in più casi, relative poniamo a batterii, sono poco studiate ancora, non sempre evidenti, nè potute accertare da parte nostra, non ostante le varie prove ed i tentativi fatti in proposito. Si parla, p. es. di microbi e vibrioni settici che agiscono localmente colonizzandosi nei tessuti e dando le lesioni locali, come per fatti traumatici fisici e chimici; ovvero per assorbimento di tossine diverse—non microbiche piretogene, o microbiche, o dei microbi stessi—se fu l'azione prima generale, e come talvolta nel distrofismo medesimo: questo almeno credettero aver osservato ed intesero sostenere nel Congresso francese di chirurgia nell'aprile di quest'anno 1892 lo Joammel ed altri parlando di cangrene, e rientrando in quest'ordine d'idee pel processo necrotico anche le ulceri. Ma per la verità, in mancanza di osservazioni dirette ancora incomplete, ed in attesa di conclusioni più esatte al riguardo, noi crediamo arrestarci quì senza dir altro; anche perchè discorrere più a lungo in fatto etiologico, e forse anatomico e patogenetico, ci trarrebbe oltre i limiti e lo scopo di questa semplice e clinica comunicazione.

Per conchiudere infine dirò anche qualche parola sul metodo curativo in conformità delle osservazioni fatte e dei risultati ottenuti.

E faccio anche quì parlare un momento la statistica che ci offre questi dati. Sugli stessi 68 bimbi curati in 18 mesi dei 476—cifra totale d'infermi avuti, si ebbero 50 guariti, 28 morti; con una media di degenza in sala per i primi di giorni 50, ed i secondi di giorni 20; e con una percentuale del 58 p. 0[0 per gli uni, e del 48 p. 0[0 per gli altri: vuol dire, specializzando le cifre, che dei guariti, 9 furono in cura meno di un mese; 22

da 1 mese a 2; 9 da mesi 2 a 5; e pei morti, 10 da 2 a 10 giorni; 10 da giorni 11 a 50; 5 da mesi 1 a 2; 3 da mesi 3 a 4.

Ma che cosa si è fatto nella cura? Ebbene, lo dirò subito, ho secondo i casi e la etiologia agito differentemente.

Vi era attrito delle parti fra loro—come ai malleoli, o strofinio con le fasce — come ai talloni; e cercai di fare avvolgere quei piedini tra panni delicati, separandoli perfettamente, ed allontanando fasciature strette come si usa coi *gard-enfants*. L'effetto ha risposto, perchè il male non ha progredito ed ha ceduto a leggieri mezzi antisettici ed astringenti—lavande all'acido fenico, all'acido borico (dosi ordinarie), o pomate con vasellina all'ittiolo, al iodolo, allo stesso acido borico, nella proporzione di 1,10; e s'intende qualora le condizioni generali specialmente distrofiche e discrasiche non vi fossero. In altri bimbi, massime d'inverno, con la pelle degli estremi livida e fredda; ed ho cercato tener più caldi i piedi avvolgendoli in ovatta idrofila o fenicata, e poi covrendoli con pannilini lindi e fini con le stesse precauzioni di sopra; ed ho visto, compensata subito la stasi, equilibrarsi col circolo la temperatura locale, e quelle creature sono guarite dalle ulceri con o senza gli stessi mezzi citati: così eliminando sozzure e tenendo tersa la lingeria e monda la pelle, se queste sole cagioni imperassero, le ulceri con le solite cautele e gli stessi mezzi topici andarono perfettamente bene.

Ma se la sifilide largheggia, si ha solo beneficio relativo usando ogni accorgimento ed anche modificando la cura topica, specie al iodoformio da cui ritrassi sempre grandi vantaggi in forma di polvere o pomata a tutta medicatura; epperò vi vuole, oltre la igiene benintesa, la cura generale assai attiva perchè i risultati fossero soddisfacenti.

Nè questo si verifica più quando vi fosse in campo con la sifilide od altra discrasia grave, uno stato avanzato di cachessia; allora quei poveri bimbi—anche combattendosi con tutte le armi, in massima parte si perdono; e francamente mi è sembrato, meno per la lesione locale, che per la emaciazione e lo stato distrofico avanzato, di cui in parte queste ulceri ne sono pure la espressione. Non mancano intanto, ridotto a questo punto le cose, dei casi di guarigione; ed io ricordo, come citai dianzi, una bambina di circa 1 mese nella mia sala, *R. 876* che avea ulcerazione estesa al calcagno destro e carie dell'osso, quindi seni fistolosi, molta sanie, stato generale allarmante, la quale guarì completamente con un metodo molto energico; fu cioè attivato e reso intensivo il metodo antisifilitico, si badò assai bene alla nutrizione, cambiando balia e facendola lattare da sola; e chirurgicamente, aperte le fistole, raschiata la carie, e causti-

cata la parte, fu medicato con molto rigore antisettico e col iodoformio sempre. Questa bimba condannata quasi a certa morte, dopo circa 4 mesi di cura fu salva, e nel sito del male non residuò che una cicatrice lievemente infossata, da essere dopo tempo appena visibile.

Ecco le poche cose che ho potuto dire sulla terapia usata in queste ulcerazioni dei neonati.

Ed ho finito, o signori, la mia comunicazione. La quale, sarei ben lieto, se valesse per lo meno a destare in pediatria maggior interesse per un' affezione, bisogna dirlo, calcolata assai poco, e che dev'essere ancora vagliata con osservazioni e ricerche ulteriori.

A me suffraga solo aver potuto sommettere a voi, distinti colleghi, i pochi ricordi clinici letti, che si compendiano in queste proposizioni:

1° Che vi è un'ulcerazione piuttosto frequente ai calcagni e malleoli dei neonati e bambini lattanti, la quale per natura e forma clinica diversa, presenta qualche importanza e merita speçiale considerazione.

2° Che tale ulcerazione può dipendere da varie cagioni, isolate o riunite, che sono meccaniche, chimiche, distrofiche e discrasiche.

3° Che per terapia, corrette certe causali, spesso guarisce tale ulcerazione; ciò che è difficile se vi son fatti di trofismo alterato o gravi discrasie—come la sifilide ereditaria.

LA CURA DELLA PERTOSSE TENTATA COLLA VACCINAZIONE (1)

per il Dott. FRANCESCO PESTALOZZA.

« Abbiamo osservato,—scrive uno dei più grandi e geniali benefattori dell' umanità, il dott. ODOARDO JENNER, della cui salutare scoperta dovrebbero fra un sessennio i pediatri italiani celebrare un solenne centenario,—abbiamo osservato che il corpo umano è atto a ricevere l' affezione febbrile del covv-pox; non sarebbe egli forse convenevole cosa l'introdurlo nel corpo in casi

(1) Questo l' argomento d' una comunicazione che aveva promessa al recentissimo Secondo Congresso Pediatrico tenuto in Napoli, cui non potei intervenire per circostanze imperiose quanto dolorose: comunicazione che sotto forma più ampliata e completa ora offre al cortese lettore dell'*Archivio*.

di diverse malattie croniche, colla più grande probabilità d' un felice successo; probabilità appoggiata sopra ben noti principii fisiologici »? Il VERARDINI cita questo brano come dimostrativo l' utile prodotto coll' innesto vaccinico anche in alcune croniche dermopatie e affezioni nervoso-irritative, quale la pertosse o coqueluche. Per questo, pensa il professore bolognese, JENNER divinò che il virus vaccinico potesse esercitare anche una potenza benefica contro varie malattie, « in quanto che dopo l' innesto vaccinico molte volte aveva notato che nascevano cambiamenti rilevanti nella compage organica, il più di sovente in vantaggio dei bambini innestati ».

Col VOGEL invece, col PESA CHERUBINO che lo cita e col dott. L. GASPERINI, lo JENNER avrebbe osservato « che i bambini vaccinati da poco tempo restano immuni dalla tosse convulsiva, e che la vaccinazione nell' individuo non vaccinato ed affetto da pertosse, ne accorcia il decorso ». « Circa poi l' azione salutare della vaccina sulla malattia confermata, scrive l'amico mio dott. cav. G. SOMMA, JENNER per primo accetta di avere constatato una attenuazione nella intensità e durata dei sintomi della malattia, mercè la inoculazione vaccinica praticata fra il 12-15° giorno dalla invasione nella pertosse ».

Io non posso conoscere quanto di vero e d'attendibile contengano tali asserzioni; questo solo rammento che il VERARDINI, in forza dei molti esami consumati sulle opere dello JENNER, esclude che esso toccasse di particolari e date infermità curate coll' innesto vaccinico: a lui quindi il controllo e la risposta. Prudente io ripeto col MARGARA: « sembra anche che ciò (vantaggio dell'innesto vaccinico nella cura della pertosse) non sia sfuggito del tutto al genio di JENMER, quando osservava che l'innesto del vaccino riesce utile, per usare le sue parole, *in casi di diverse malattie croniche*, ma però non accenna in modo speciale alla pertosse».

La vaccinazione adottata come mezzo di preservazione o di attenuazione della tosse convulsiva fu, secondo G. SOMMA, primitivamente commendata dallo CHAPMAN nel 1828, il quale anche, a detta del PESA CHERUBINO, fu uno dei primi a parlare di questo metodo. CHAPMANN, sulla base di osservazioni personali, insegnava che l'inoculazione vaccinica per tornare giovevole doveva essere attuata passato il periodo febbrile dell' affezione, assicurando che praticata in tal tempo, sarebbero generalmente scomparsi i sintomi più allarmanti, specialmente quelli nervosi. — Il dott. DEMETRIO RASI narra di beneficii quasi insperati da lui verificati, non che dal dott. GRIVA, in bambini affetti da pertosse, curati coll' innesto vaccinico; sicchè ne proponeva l'imitazione ai colleghi tutti e più specialmente ai componenti la Società medi-

co-chirurgica di Bologna, cui nel 1854 faceva le sue importanti comunicazioni—VOGEL, da S. RAVICINI stimato primo a fare tale osservazione, vaccinò tre bambini infermi di tosse canina l'uno da 2 e l'altro da 3 settimane; nel primo i parossismi durarono ancosa 10 giorni, e nel secondo 7; cosicchè calcolando che il morbo abbia in tutto il suo decorso la durata di 6 settimane, si può ritenere essersi ottenuto un sufficiente accorciamento del processo.—Nel 1886 l'EUTRIKIN si fa accanito propugnatore della vaccina come mezzo profilattico e terapeutico contro la pertosse, conchiudendo che le due infezioni sono antagonistiche.—L'EICHHORST, coll'inimitabile precisione e imparzialità che lo distinguono, non tralascia di menzionare che talvolta si sarebbe vista un'influenza favorevole della vaccinazione sulla pertosse; onde la proposta terapeutica di somministrare internamente le pustole vacciniche polverizzate per preservare da detta malattia.

È proprio vero che nulla v' ha di nuovo sotto il sole, e che molte cose rinascono, che già erano tramontate!

Il dott. PESA CHERUBINO, che su tale argomento fece una interessante comunicazione al I Congresso pediatrico tenuto in Roma or sono due anni, e ne riparlò incidentalmente al II° avvenuto a Napoli nell'Ottobre scorso, riportando il già menzionato passo del VOGEL relativo alla pratica seguita dallo JENNER, la crede importantissima, comunque fin oggi ingiustamente dimenticata, e da nessuno odierno pediatra e pratico accennata; meritevole anzi di essere largamente sperimentata, perchè basata su saldi principii scientifici, concretantisi nella concorrenza vitale dei microbii. Nell'autunno 1885 a Pietrabbondante (Campobasso), dove si trovava, infieriva la pertosse, contro la quale andava con poco o nessun profitto provando quasi tutti i farmaci modernamente suggeriti. Ignaro affatto delle osservazioni dello JENNER, del VOGEL e d'altri, a tentare la innocua inoculazione vaccinica nei bambini affetti da tosse canina fu invogliato dai felici tentativi, allora comunicati dal CANTANI, di batterioterapia nella tubercolosi, il cui bacillo sia sperimentalmente che nell'ammalato soccombeva nella lotta vitale, per lui mortale, col *bacterium termo*. In due soli casi sfortunatamente potè attuare la sua idea, e i risultati furono sorprendenti; pur troppo non gli si presentò altra occasione. Non indarno però invitò i colleghi, specie in condotta, a riprovare un mezzo affatto innocente contro un morbo da ogni altro rimedio finora inespugnabile, e a pubblicarne le risultanze. Difatti diversi amici e colleghi lo informarono che anch'essi ottennero reali vantaggi nella cura della pertosse col metodo, di cui il PESA declina la priorità, ma non il merito d'avere tratto dall'oblio, e con ragione; anzi il dott. MASELLI di Molise lo assicurava d'essersi

giovato moltissimo, or sono diversi anni, dell'innesto vaccinico nella cura d'un suo figlio tormentato dalla pertosse. « Tutti abbiamo il sacro dovere, conchiude l'acuto dott. PESA, e ciascuno nella cerchia delle proprie forze, di portare il nostro qualsiasi contributo all'immenso edificio della scienza medica. Sarà un contributo modesto, è vero: ma anche il medico a condotta potrà far suo il motto oraziano *quod potui feci...* » (1).

Nell'Aprile 1890, nel Comune di Stroppiana Vercellese infieriva grave e per molti bambini letale la tosse asinina, ribelle ad ogni cura. Venuto a cognizione delle ottime risultanze curative ottenute dal PESA CHERUBINO, dal VOGEL e RASI coll'innesto vaccinico, « con poca fiducia e più per amore di scienza e d'osservazione che per la ferma speranza di ottenerne un vantaggio, perchè le osservazioni del VOGEL e del RASI erano troppo vaghe e indefinite, e i due casi più particolareggiati del dott. PESA CHERUBINO troppo pochi per conchiudere con una qualche certezza », il dottor LUIGI MARGARA il 17 maggio successivo vaccinava 45 bambini dagli 8 ai 15 mesi, affetti da pertosse, colla linfa animale dell'Istituto vaccinogeno dello Stato, attenendosi quindi alla vaccinazione classica di JENNER col covv-pox. « Per i primi giorni, confessa il valoroso collega, passai di delusione in delusione, perchè il processo morboso si mantenne eguale ed in taluni bambini sembrò aggravarsi, talchè ero continuamente soggetto ai lamenti ed ai rimbrotti delle madri che a malincuore avevano acconsentito alla vaccinazione. Ma quando si giunse all'ottavo giorno, nel periodo cioè dell'efflorescenza delle pustole vacciniche, gli accessi di tosse in alcuni bambini con meraviglia di tutti si andarono diradando nelle 24 ore, e diminuirono d'intensità. Al 12° giorno dalla vaccinazione 32 bambini erano guariti completamente, e gli altri erano talmente migliorati da non temersi più per la loro vita; e nell'ora in cui scrivo (Giugno) anche questi ultimi ottennero la guarigione. Dirò persino di un bambino che, vaccinato mentre era nel periodo prodromico della pertosse, non ebbe in seguito più nessun fatto morboso, essendo la coqueluche completamente abortita. È a notarsi che guarirono più presto i bambini in cui la vaccinazione ebbe risultato più favorevole per numero di pustole e per intensità di fenomeni generali. *Experientia periculosa*, disse Ippocrate, ed appunto perchè comprendo

(1) Correggendo le bozze, rimedio a una dimenticanza. Nel 1891 il dott. PESA gentilmente mi comunicava che in altri tre casi, e nel 1892 che in altri quattro la vaccinazione aveva trionfato della pertosse: che il dott. MAGNARAPA di Casalbordino gli riferiva d'aver vaccinati molti bimbi pertossici, di non averne perduto nessuno, d'avere ottenuta diminuzione d'intensità e di durata del morbo.

questo aforisma, che desidero che altri e più valenti miei colleghi ripetano l'esperimento, contento se risultati ulteriori verranno a confermare il mio, contento pure anche se verranno a provarmi che fui sedotto da unò splendido miraggio, stringendo ombre vane fuor che nell'aspetto, perchè come osserva argutamente un grande filosofo tedesco, il Boerne: « il disfarsi di un errore è tanto utile quanto il trovare una verità ».

Nel 1891 il dott. Cachazo, vaccinato un bambino ammalato di coqueluche, ne ebbe un notevole miglioramento. Vaccinò allora altri cinque bambini travagliati pure dallo stesso morbo ma grave, e non ancora vaccinati. Colla manifestazione della febbre prodotta dalla pustolazione, gli intensi e frequenti accessi di tosse furono surrogati da una tosse catarrale non accessionale, che disparve dopo 8 10 giorni.—Nella primavera dell'anno scorso serpeggiava discretamente grave la pertosse nella mia condotta di Rovescala; un po' per l'indocibilità dei bambini, un po' per la trascuranza e sfiducia dei genitori e famigliari, un po' per la poca efficacia da' vari metodi di cura da me prescritti, fatto è che non riuscivo a debellare il morbo che in minima parte. Avvicinandosi la sessione primaverile di vaccinazione e rivaccinazione, mi lusingai di combatterlo coll'innesto vaccinico, fiducioso nei buoni esiti raggiunti dal Vogel, dal Pesa, dal Margara. Vinta la ritrosia di parecchie madri, avvisai il pubblico del giorno e dell'ora dell'operazione Ienneriana, consigliandola anche in bambini pazienti di tosse canina, non ancora o insufficiente o da lungo tempo vaccinati. La linfa animale usata fu quella dell'Istituto vaccinogeno dello Stato; 30 i piccoli vaccinati e affetti da pertosse, che trovavansi all'inizio o all'acme del periodo convulsivo. Dopo alcuni giorni di ansiosa aspettativa, di speranza alternata con scoraggiamenti, sopravvenendo la maturazione delle pustole e la febbre, cominciò il miglioramento: gli accessi diminuirono di frequenza e d'intensità, gradualmente, per scomparire affatto dopo 15 giorni dalla vaccinazione. Pochi altri bambini tocchi da pertosse al primo periodo e felicemente vaccinati, o evitarono il successivo stadio convulsivo, o lo provarono mite e breve. Io pure constatai i risultati più brillanti in coloro che offrirono più imponenti la pustolazione e la fenomenia generale. Fra i 30 vaccinati e guariti, erano due miei bimbi, uno di 13, l'altra di 30 mesi; una terza di 4 anni, con successo già vaccinata nel primo suo anno di vita e l'anno scorso non rivaccinata, sofferente come la sorellina e il fratellino di pertosse al 2° periodo, durò più d'un mese a liberarsene, malgrado le più oculate insistenze igieniche e curative. Nessuno dei vaccinati o rivaccinati sorpassava il secondo anno.

Nel Luglio anno corrente l'illustre prof. cav. FERDINANDO VERARDINI, gentilmente rispondendo ad alcune domande che su questo proposito gli rivolgevo, mi notificava che Lui stesso si era giovato dell'innesto vaccinico nella pertosse. Contemporaneamente il noto pediatra milanese, il dott. cav. GUAITA, della cui amicizia mi onoro, nel suo *Rendiconto statistico sessennale* stampava: « Nella pratica privata curammo 14 casi di pertosse col metodo PESA, e cioè dire coll'inoculazione vaccinica, e di questi 11 guarirono radicalmente in capo a 17-22 giorni, in uno la vaccinazione non attecchita rimase senza risultato favorevole in sul decorso della malattia; e negli altri due, pur avendosi avuto buonissimo effetto di eruzione vaccinica, il decorso della pertosse non risentì alcun effetto favorevole di sorta ». Dopo questa pubblicazione il GUAITA ebbe occasione di vaccinare altri sette pertossici, verificando in due esito negativo, in cinque favorevolissimo, siccome notificava al PESA al 2° Congresso pediatrico; nel quale anche il G. SOMMA citò casi di pertosse guariti esclusivamente mercè l' inoculazione vaccinica. Il dott. L. GASPERINI, verificata nel 1889 in un bambino di due anni e mezzo la guarigione della pertosse in seguito ad un attacco vajuoloso di media intensità ; memore degli insegnamenti dello JENNER e dell' EICHORST, e dei successi clinici del VOGEL e del PESA; dedotto presumibilmente che il virus vajuoloso e il vaccinico hanno di comune un' azione antagonistica contro l'elemento morbigeno della pertosse; tenuto calcolo della nota resistenza di questa alla terapia, della lunga sua durata, delle gravi conseguenze da essa provocate nei visceri dell'economia animale, nel settembre p. p. sollecita « i colleghi a continuare gli esperimenti di questa virulenta pratica nella cura di una malattia, che ancora attende il suo rimedio specifico ».

Nella prima decade dell' Ottobre scorso, trovandomi io a Milano e in casa dell'egregio dott. GUAITA, e tra l'altre cose parlando della prossima comunicazione che al II° Congresso pediatrico avrei tenuta sulla *Cura della pertosse tentata colla vaccinazione*, mi comunicò come, per non rari casi di tosse canina grave e ribelle chiamato quale consulente in varii paesi di quella provincia, lungo quest'anno consigliasse la cura dell'innesto vaccinico, con somma meraviglia dei parenti, sorpresa e talora riso dei curanti, ravvedentisi poi davanti all'eccellenza dei risultati. Credo anzi prezzo dell'opera riportare una lettera dal GUAITA il mese scorso gentilmente favoritami, e a lui diretta.

« Monza, lì 5 Ottobre 1892.

Stim. sig. dott. GUAITA—Milano.

Come già le avevo promesso, mi prendo la libertà di inviarle alcuni cenni intorno alla cura dell'innesto vaccinico della pertosse.

Infieriva sul principio del mese di Marzo 1891 nei cascinali compresi nella mia condotta la tosse convulsiva, che presentavasi in forma assai grave; tentai nei singoli individui colpiti le diverse cure che la moderna terapia insegna, ma poco o nessun vantaggio ottenni nè dai varii specifici, nè dalle pennellazioni glottidee di resorcina, nè da questo farmaco per uso interno, nè dal solfato di chinino, nè dai bromuri associati al cloralio; un rimedio abbastanza tollerato dagli ammalati era l'antipirina, che diminuiva e rendeva più miti gli accessi, ma neanche con essa riuscii allo scopo, talchè si verificava il fatto che molti parenti, disperando dei rimedii, preferivano lasciare i poveri infermi in preda alla grave malattia, che curarli più oltre inutilmente. Attirava allora più specialmente la mia attenzione una bambina di anni 4..., la quale da 20 giorni affetta da pertosse, presentava esaurimento assai notevole con enfisema polmonare, emorragia dal naso ed ecchimosi della congiuntiva bulbare; e l'edema del volto contrastava fortemente col dimagramento del corpo. Su di essa aveva indarno esperimentate le pennellazioni di cocaina e l'uso interno dell'antipirina, quando ricordandomi dell'esperienze del dott. PESA CHERUBINO volli tentare anch'io su questa bambina l'innesto vaccinico. Mi servii della linfa vaccinica animale del Comitato Milanese; nei primi giorni non ottenni alcun miglioramento, che anzi ci fu un istante in cui, per le gravi condizioni generali dell'inferma, temetti per la vita sua; ma con mia grande gioia verso l'8°-9° giorno gli accessi di tosse divennero più brevi, più rari, l'espettorazione più facile, il vomito meno frequente, ed in 14ª giornata la bambina si poteva dire guarita. Nel frattempo ed in seguito vincendo a stento la diffidenza dei parenti, ad altri inoculai il pus vaccinico (51 bambini). In quasi tutti benchè avessi scelto gli ammalati più gravi, ebbi un esito felice: in 10ª-15ª giornata molti erano perfettamente guariti, altri avevano ottenuto notevole miglioramento; un bambino di 5 mesi non mai vaccinato... in cui l'esaurimento era terribile e presentava polmonari complicanze, 15 giorni dopo l'innesto vaccinico era vispo e paffuto. Da queste mie sperienze fatte tutte nelle forme gravi di tosse convulsiva ho potuto trarre alcune importanti osservazioni, e cioè;

1° Mentre tutti i rimedii riuscirono o inefficaci affatto o giovarono alquanto solo nelle forme leggiere di tosse convulsiva, nei

52 casi da me osservati l' innesto vaccinico guarì la maggior parte dei colpiti (due terzi, e gli altri ebbero notevole miglioramento, sicchè cessava il vomito, ritornava l'appetito, ed avevano qualche raro accesso di tosse e solamente la notte.

2° La cura dell'innesto diede risultati eccellenti sia nel periodo prodromico della pertosse, sia nello stadio già avanzato (15-20 giorni dall'inizio).

3° Durante la grave epidemia che ebbi campo di studiare, nei bambini curati con rimedii farmaceutici, la tosse convulsiva ebbe lunga durata: 2-3 persino 5 mesi, a differenza di quanto avvenne in quelli curati coll' innesto; quest' ultimi guarirono in breve lasso di tempo, ovvero ottennero notevole miglioramento.

4° Dei bambini, che ho curati coll'innesto vaccinico, nessuno perì, mentre degli altri, tre morirono in seguito ad esaurimento, un'altro per complicazioni polmonari, ed uno per disturbi nutritivi del miocardio.

Queste furono le esperienze da me fatte, e mi fa specie come vi sieno dei colleghi, i quali non vogliano esperimentare questo innocuo e pure tanto efficace rimedio.

Coi sensi della massima stima

Devotissimo

Dott. SAVIO ATTILIO » (1).

E anche a me fa specie il contegno di certi fratelli in laurea, che, circoscrivendo il loro campo d'azione in quel poco o tanto che sanno o credono di sapere, cullandosi in quella beata inerzia di quiete degna di quei preti che non sanno leggere che sul proprio messale, rimangono indifferenti, sarcasticamente diffidenti, se pur non le stimano burlette, davanti a proposte curative, anche se suggerite da persone autorevoli, quale un GUAITA. Che il medico pratico, specie condotto, non sia e in genere non possa

(1) Altra lettera, pure diretta al dott. GUAITA, mi fu favorita dal dott. PESA, che pubblicamente ringrazio. È scritta dal dott. PIETRO PIZZOCARO di Mozzate; il quale, regnando indomita nel suo Comune la tosse canina, avuto tra mani il citato *Rendiconto statistico sessennale* del GUAITA, e visti tre casi felicemente da questo curati coll' innesto vaccinico, lo tentò in due bambini in pieno periodo spasmodico, usando la linfa dell' Istituto vaccinogeno di Milano. « Per tre o quattro gorni i fenomeni si mantennero costanti; la febbre al sesto si inalzò ai 39°, e col procedere alla maturazione delle postole, che riescirono felicissime (ed in bambini già vaccinati dalla nascita con esito felice, e pertanto refrattarii), gli accessi si fecero più tenui, i bambini meno irascibili, e in uno al completo esito delle pustole per crisi cessò la febbre, scomparendo di tratto ogni fenomeno morboso. La risoluzione in tutti e due non poteva essere migliore. Si fu effetto d'antagonismo... di fagocitismo »? Anticipò allora il dott. PIZZOCARO l'ordinaria vaccinazione dei bambini; « e sia effetto dall'ablazione dei focolai per guarigione e morte, sia effetto della vaccinazione, io non ebbi altro caso » (12 Settembre 1892).

essere informato d'ogni portato delle mediche discipline, capisco e non gliene faccio colpa: che quindi accolga con sorpresa per esempio la pratica della vaccinazione nella cura della pertosse, capisco e non ne lo rimprovero; ma non capisco come e perchè si rifiuti di attuarla, se da un insigne consulente consigliata, come e perchè, senza alcuna esperienza in proposito, la disistimi, la condanni al ridicolo. Va bene non *iureiurare in verba magistri*: va bene non mostrarsi entusiasti di quelle novità terapeutiche, che nascono e presto tramontano sulla quarta pagina dei giornali non medici e pur troppo eziandio medici e farmaceutici: va bene non tradurre i propri ammalati, i proprii clienti in tanti animali da esperimento: questo è dovere, questa è coscienza; ma nel naufragio generale degli altri provvedimenti curativi, è pure dovere e coscienza tentare quella terapia che da chi se ne è occupato, da chi se ne intende, da chi ha provato, fu trovato in non pochi casi efficace, mentre pe sè stessa risulta innocente nel già infermo organismo. L'inoculazione della linfa vaccinica, umanizzata e specialmente animale, non è più uno spauracchio; è, si può dire, fortunatamente entrata nelle abitudini delle nostre popolazioni, e di ciò ha un discreto merito l'asepsi con cui odiernamente viene praticata. La vaccinazione con esito felice in bambini non ancora o da lungo tempo o già infelicemente vaccinati, vi darà la desiderata temporanea immunità contro lo spaventoso e deturpante vajuolo, e l'utile profilattico sarà raggiunto; che se quei bambini fossero affetti da pertosse e in quel modo ne guarissero o grandemente migliorassero, all'utile profilattico uniremmo il curativo. Pel medico, e per l'infermo, e questo più preme, c'è tutto da guadagnare e nulla da perdere, in tale guisa operando; ma nella strabocchevole suggestione che corrompe l'agonia del nostro secolo, la pratica, che il Pesa ha dissepolta, rivide la luce sotto la troppa modesta ditta d'un semplice, per quanto studioso, medico condotto: non ebbe strombazzamenti; non scosse il giornalismo medico e politico, non affascinò il volgo profano; nessun mistero poi nella preparazione della linfa vaccinica, nessun governo che ne accrescesse l'importanza assumendone esclusivamente il monopolio! È poi, dura verità ma non m'astengo dal dirla, i bambini colla loro enorme morbilità e mortalità, non hanno ancora, checchè sino ad oggi si sia fatto e richiesto e deplorato, commosso nè Governo nè pubblico, e nemmeno o assai poco la massa dei medici; i quali, 98 volte su 100 non avendo mai letto o udito un insegnamento di patologia e terapia infantile, al letto d'un bimbo malato, o colla massima disinvoltura lo curano come un adulto, salvo, e non sempre, l'errore di dose; o si piccano di farla da pediatri scribacchiando for-

mole pappagallescamente ripetute da un trattato di pediatria, che in un momento di rimorso vollero provvedere; o, il meno peggio, guardano la lingua, apron gli occhi, toccano la pelle, tastano il polso, e convinti e convincendo la famiglia che i bambini guariscono da sè, che la miglior cura è quella di non farne, eriggono a *sistema* quel *metodo aspettante*, che Bouchut brillantemente definì una *meditazione sulla morte*, metodo che non so se più sia famoso per le vittime che ha fatte o per la crassa ignoranza di chi l'accetta e propugna. Ecco come e perchè i bambini pertossici non si tentano curare colla vaccinazione: pratica che, oltre uscire dalla stregua comune, oltre essere stata tolta dell'oblio e consigliata da un medico che per fortuna sua non ha ancora sciolto voli repentini nel mondo dei gratuiti incensamenti, viene per di più proposta contro una malattia, di cui, con sommo gaudio di certi colleghi incapaci e fannulloni, Vogel, Wendt e Marfon quasi disperano di trovare un rimedio atto ad abbreviarne il decorso; abbreviamento che Teissier ritiene impossibile, mentre Frank dice: « Si può far morire l'infermo di pertosse, guarirlo mai ». (*continua*).

Dott. G. GUIDI

PATOLOGIA DELLA CRESCENZA

(*continuazione e fine, vedi pag. 272—Anno X. Fas. VI, 1892*).

VI.

Disturbi visivi.

I disturbi della visione, in dipendenza dell'accrescimento, potevano forse descriversi nel paragrafo delle cefalalgie, quindi mi limiterò ad accennarli; molto più che notai già come alcune cefalalgie fossero in rapporto di causa ad effetto con anomalie di refrazione dell'occhio, per influenze dell' accrescimento rapido sui muscoli dell'accomodazione. Tengasi bene in mente la caratteristica sulla quale è basata la diagnosi differenziale tra queste e le cefalalgie in rapporto diretto alla crescenza: che cioè le prime (secondarie alle anomalie di refrazione) si mitigano e scompaiono con l'applicazione di lenti atte a correggere il difetto d'accomodazione, mentre le seconde abbisognano di cure speciali.

Esistono altri disturbi funzionali dell' organo visivo, soliti ad insorgere bruscamente, senzachè esista cefalalgia, e i quali bene studiati, non trovano ragione di essere che per tumulto coinci-

dente di crescenza. Per questa ragione ho reputato opportuno assegnare un posto a parte alle affezioni dell'organo visivo, non infrequenti nelle epoche della vita nelle quali l'accrescimento può spiegare una influenza notevole. Distinguendosi queste affezioni funzionali dell'organo visivo, per la causa che le producono, da altre di natura diversa, credo giustificato il concetto di elevarle al grado di tipo morboso speciale, e conseguentemente assegnar loro un posto distinto nel quadro nosologico, all'ordinamento del quale sono diretti i miei studii.

Una lunga pratica nella pediatria dimostra sufficientemente quanto sieno frequenti i disturbi funzionali dell'organo visivo nelle epoche dell'accrescimento tumultuoso dell'organismo infantile. Non pochi pediatri affermano questo fatto; ed io pure, più volte, mi sono sentito riferire dai parenti, dei fenomeni bizzarri in rapporto a disturbi visivi, da cui erano colpiti alcuni fanciulti. Fra i fenomeni riferitimi, alcuni veramente bizzarri e variabili, altri più o meno persistenti e inquietanti, alcuni molesti, altri appena accennati dai pazienti: tutti però di durata non molto lunga, qualche volta spiccati e netti, altre volte coincidenti con altri stati patologici di crescenza. Alcuni, sottoposti a esami pazienti da distinti oculisti, non hanno mostrato lesione apprezzabile, al di fuori dell' anomalia funzionale. L' insieme delle osservazioni, senzachè mi dilunghi a riferirle particolareggiatamente, dà per risultato i fenomeni cui ho già fatto cenno. Queste mie osservazioni sono convalidate da altre consimili riferite dal Perrin, e da molti altri oculisti. Così troviamo riferiti casi di ipermetropie latenti, che al momento di una rapida crescenza si sono fatte palesi, forse per influenza dei muscoli che regolano l'accomodazione visiva, i quali sono soggetti, come tutti gli altri muscoli, a cambiamenti notevoli per le note ragioni. Sono stati riferiti casi di emiopia, di miodesopsia per influenze nervose riferibili ai soliti perturbamenti cerebrali cui già accennai parlando della cefalalgia: si trovano riferiti casi di perturbamenti del senso cromatico etc. E se qui volessi largheggiare nel lusso delle citazioni, potrei far tesoro di quanto si può raccogliere dai recenti trattatisti di ottalmologia; ciò che aumentando la mole del lavoro, credo non darebbe pregio all'opera, potendo, chiunque voglia, a conferma, rovistare quanto è stato in proposito riferito. Mi limiterò a ricordare come nei giovanetti, all'epoca della pubertà, ove si abbiano dei processi tumultuosi, possano perfino riscontrarsi vere emorragie intraoculari, coincidenti spesso con epistassi, e di cui le cause prossime sono tuttora ignote, al di là delle ipotesi. L' Hutchinson riferisce osservazioni di questo genere nel Royal London ophtalm hospital reports (Vol. III.).

Tutti questi fatti ricordati, ed altri disturbi visivi, dovranno ritenersi per conseguenti alla crescenza quando, come nei casi osservati, coincidano con rapido accrescimento, o con entità morbose ad esso attinenti; e quando, col cessare di queste, quelli si dileguano e guariscono completamente. Questi ed altri disturbi ancora della funzione oculare, oltre poche lesioni organiche, quali le omorragie intraoculari, dipendono da influenze sui centri nervosi o da trofo-nevrosi, provocate dal solito perturbamento del complesso degli atti della crescenza, i quali inducono sempre lesioni secondarie più o meno spiccate, a seconda dei più o meno spiccati processi ipercinetici proprii del bambino che cresce.

Di altri casi di lesioni funzionali visive permanenti, solamente coincidenti con queste epoche della vita, ma in rapporto ad altre cause, non debbo io qui tener parola, invadendo in tal caso un terreno che non mi spetta.

VII.

Terrori notturni.

Nei periodi di rapida evoluzione dell'organismo infantile, si riscontrano assai di frequente, come già riferii, alcuni disturbi nelle funzioni gastro-intestinali. Se oltre questi teniamo conto dell'anemia assai frequente, della eccitabilità dei centri nervosi nel fanciullo, della impressionabilità, e quindi della tendenza a fenomeni reattivi proporzionati; e poniamo in rapporto le condizioni psichiche del fanciullo, con gli agenti esteriori che lo circondano, ci schiuderemo la via a renderci conto delle terribili crisi notturne, che con tanta facilità terrorizzano il bambino, spaventano i parenti e qualche volta scoraggiano il medico, il quale non può pronunziarsi all'istante se questi sieno secondarii a cause fugaci, oppure a lesioni permanenti dei centri nervosi.

Esistano e sono assai frequenti i terrori notturni per anomalie funzionali gastro-intestinali proprie della infanzia e della fanciullezza ; ed esistono i terrori notturni, con grido speciale, in rapporto a veri stati patologici dei centri nervosi, o a predisposizione ad essi.

Un accurato esame, ed una minuziosa interpretazione dei fatti, può rigorosamente mettere sulla via di un'esatta diagnosi.

Molti autori hanno parlato dei terrori notturni dei bambini, e tra questi il Dott. Moizard ne fece argomento speciale di un'accuratissima memoria (Paris 1884) nella quale descrive con maestria il fanciullo terrorizzato, tratteggiando a pennello le particolarità dell'accesso.

Il Bouchut classò i terrori notturni nel gruppo delle nevrosi congestive dell'encefalo, poco trattenendosi su di essi. West, Steiner, Ellis, D'Espine e Picot, Decroizilles e J. Simon ne hanno diffusamente e scientificamente parlato; senza però che alcuno di essi ne abbia fatto un lavoro completo, fino a Debacker, che ha ricolmato questa lacuna.

I terrori notturni ordinariamente si ripetono per notti di seguito quasi ad ora fissa, e possono ripetersi a riprese per uno spazio di tempo variabile. I fanciulli, per quanto non presentino alcunchè di anormale negli intervalli, pure sono eccitabili, ed alcuni soggetti al sonnambulismo.

Causa degli accidenti in parola, quando non trattisi di lesioni centrali, è la mancanza d'igiene, i racconti spaventosi, le scene violenti, le applicazioni eccessive, i disordini etc. le quali cause tutte agiscono indirettamente sul cervello, determinandone turbe circolatorie, in conseguenza di che, per la nota vulnerabilità del fanciullo, si traducono facilmente in manifestazioni di spavento, specialmente nelle ore della notte, costituendosi così il terrore notturno.

La stitichezza è una delle cause principali determinanti: quindi potrebbero ben ritenersi per una nevrosi riflessa d'origine intestinale: mentre i terrori notturni di un altro gruppo sono dovuti a lesioni centrali, e non rappresentano che un elemento sintomatico della meningite, della sclerosi cerebrale, dei tubercoli del cervello etc. e perciò facilmente eliminabili dal complesso degli elementi costituenti il quadro clinico dei terrori, di cui intendo parlare attualmente.

Questi sogliono comparire a diverse età del fanciullo, come, ad esempio, durante un periodo di dentizione laboriosa, oppure al 6° e 7° anno di vita, quando i fanciulli appunto, si trovano in un periodo di evoluzione, nella quale le influenze del mondo esteriore colpiscano, per la grande impressionabilità, e per ragioni di educazione, la delicata psiche infantile : o finalmente al passaggio dalla seconda infanzia alla adolescenza, o all'epoca della pubertà.

Questi periodi della vita sono già di guida pel medico accorto, onde non confondere i terrori notturni, d'indole riflessa, con quelli del secondo gruppo: ma se poi teniamo conto di quanto abbiamo esposto, credo impossibile debbansi confondere gli uni con gli altri.

L'epilessia, forse, potrebbe trarre in errore, come talvolta accade; se, però, ricordiamo che nei terrori notturni non si ha convulsione di sorta, non morsicatura della lingua, non involontaria emissione di orine, nè stato post-epilettico, nè ereditarietà, ogni dubbio si dilegua.

Accennato, così, come i terrori notturni sieno frequenti in alcune epoche della vita, e come questi, quale entità morbosa, sieno dipendenti da disturbi gastro-intestinali, e in modo speciale dalla stitichezza, dalla dentizione, dal passaggio dalla adolescenza alla fanciullezza, e da questa alla pubertà, non occorrerà molto dilungarsi per porli in rapporto, talune volte, con le turbe nervose prodotte, per le note ragioni, dai bruschi processi di evoluzione dell' organismo. È sufficiente la pratica per assicurarsi come, di frequente, bambini per lo innanzi quieti, abbiano dei periodi. nei quali sono tormentati da questi terrori; o come a questi periodi faccia seguito un periodo di tregua o di calma. Ed è anco facile rendersi conto del come essi si producono. Infatti, nel modo col quale si spiega la insorgenza dei terrori nell'anemia per disturbi di circolazione cerebrale, e la loro frequenza in ogni alternativa di perturbamenti dei ricambi materiali, in un organismo già nevropatico per eccellenza, così sarà facile renderci conto come, per causa di esagerata crescenza e dipendenze da essa, possano porsi in atto fattori sufficienti a determinarli, quali i prodotti intestinali derivanti da torpidità delle funzioni digestive, forse in rapporto alla presenza dei fosfati; le solite irritazioni dirette o riflesse; e tutto quell' insieme di perturbamenti organici oramai troppe volte ricordati, che sono il prodotto della interrotta accomodazione fisiologica negli atti tumultuosi della crescenza.

I terrori notturni esistono dunque per un complesso svariato di cause, e tra questi, alcuni, in dipendenza diretta con l'accrescimento del corpo.

È molto plausibile il concetto, confermato del resto dall'esperienza, che entrando in giuoco per la loro produzione, una iperattività cerebrale, questa debbasi facilmente prodursi quando agenti speciali, derivanti da processi ipercinetici, possano e debbano di necessità agire direttamente o indirettamente sui centri nervosi.

Sembrami. quindi, che l'aver accennato alla distinzione delle diverse categorie dei terrori notturni, e al gruppo speciale di quelli dipendenti dalla crescenza, mi dispensi di sottilizzare ancora l'argomento, per porre in chiaro le ragioni ed il meccanismo che stanno a conferma della esistenza di questo gruppo speciale di terrori notturni dipendenti dalla crescenza.

VIII.

Endocardite.

Nei periodi evolutivi dell'organismo, segna un momento di massima importanza lo insorgere di una endocardite, che rara a vero

dire, pure non è passata inosservata, nello studio della patologia della crescenza. Io non posseggo un ricco materiale di osservazione propria, in proposito, avendo registrato due soli casi di endocardite riferibili alla crescenza; ne ho registrati, poi, altri due riferiti dal Dott. ALVAREZ e dal Dott. RIVERA. Ho in mente di aver notato qualche altro caso da altri riferito, ma di questi ultimi non ricordo nè le particolarità nè i nomi degli osservatori, per non averli registrati, quindi debbo passarvi sopra.

È però un fatto innegabile, come ho potuto osservare io stesso, che si è verificato, alcune volte, la insorgenza di una endocardite, capace di procurare la morte dei pazienti, in bambini, nei quali la crescenza si era manifesiata con tumulto patologico, con febbre, con paralisi transitorie di moto, con cardiopalmi, con smagliamenti della pelle, con tumescenze articolari; e nei quali, senza timore di errare, potè farsi diagnosi di febbre da accrescimento, con osteite epifisaria manifesta. Ciò accadde in uno dei casi da me ricordali e nei due casi riferiti dal RIVERA e dall'ALVAREZ (El Dictamen 1886).

Quale è, in simili casi, il nesso che lega la endocardite alla crescenza esagerata?

Nel modo stesso col quale deve escludersi, nei casi osservati, ogni antecedente reumatico, un trauma, l'azione del freddo, per non risultare ciò dalle accurate storie raccolte; così può escludersi, ammesso che esista, la endocardite primitiva. Non avendo, inoltre, riscontrato flemmasie degli organi prossimi, ne essendo in dipendenza di un'affezione generale infettiva, virulenta o discrasica, non avrei altra via da percorrere, per risalire alla patogenesi di queste endocarditi.

Se teniamo un po' conto della flogosi epifisaria di crescenza, si apre forse la via, che bene indirizza ad una spiegazione scientifica dello insorgere di queste endocarditi. Mancando nei casi osservati la conferma del metodo sperimentale, è d'uopo risolvere la questione per via d'ipotesi. È un fatto che il reumatismo articolare cagiona, con frequenza, le endocarditi per alterazioni indotte nel sangue dalla malattia stessa. Se nella crescenza patologica abbiamo note lesioni periarticolari, perchè queste non potranno indurre, con identico meccanismo, lesioni endocardiche, quali si hanno nel reumatismo articolare? Se nelle parti soggette a flogosi, nella crescenza, si svolge un agente infettivo, che può trasportarsi in circolo, quali ragioni si oppongono ad ammettere la insorgenza di una endocardite secondaria a crescenza, come ordinariamente, oltrechè pel reumatismo, va ammettendosi per altri stati morbosi, di cui l'agente infettivo, tuttora ignoto, pure indubbiamente si ritiene che esista? L'opporsi, nel caso nostro, senza

dati di fatto in contrario, sarebbe una opposizione sistematica, poco scientifica, e di valore inapprezzabile. Tutt' al più potrebbe richiedersi che si ponessero in rilievo i rapporti che esistono fra il reumatismo articolare e l'osteite juxta epifisaria della crescenza, ma non avendo sul tavolo i materiali di confronto da un lato, e non consentendo dall'altro un lavoro clinico di entrare in disquisizioni proprie della sfera sperimentale, mi limito ad accennare il fatto clinico osservato e confermato, e il meccanismo anatomicamente identico, lasciando poi che la patologia sperimentale porti quel contributo prezioso, che solo può po.re in rilievo le relazioni tra le lesioni articolari di natura reumatica, e le altre conseguenti alla crescenza, dalle quali ritengo fermamente trarre origine la endocardite di cui ho tenuto parola.

IX.

Ipertrofia di cuore.

Lo studio delle endocarditi da crescenza, incammina diritto allo svolgimento di altro tema importantissimo nelle malattie del cuore: conduce cioè a studiare se esista, e con quale frequenza, alcuna malattia cardiaca, che si verifica a certe epoche della vita, legata per rapporto di causa ad effetto alla crescenza. È la ipertrofia di cuore, quella che dovrà richiamare allo studio la nostra attenzione.

Molti hanno negato recisamente questa entità morbosa, affermando che i casi riferiti ed osservati, se pure erano vere ipertrofie, dovevano essere secondarie a cause molteplici; che il più delle volte, forse, era stata fatta diagnosi di ipertrofia, fondandosi sopra dati semiologici incompleti; oppure si trattava di vizi congeniti del cuore, facilmente equivocabili con la vera ipertrofia. Tali opinioni sostenute *a priori* da eminenti patologi, vennero confermate recisamente da Costantin Paul, il quale, occupandosi delle affezioni cardiache dei giovani soggetti, dichiarò questi casi quali semplici palpitazioni dell' età, dovute all' anemia, alla clorosi, alla neurastenia etc.

Da un alto lato abbiamo i sostenitori della esistenza di vere e proprie ipertrofie, oppure di dilatazione del cuore, dovute alla crescenza, e tra questi sostenitori primeggia Germain Sée, il nome del quale, per autorità scientifica, impone doversi studiare a fondo l'argomento, onde dalla verità di alcuni fatti, dagli errori di certi apprezzamenti e da una accurata analisi fisio-patologica, risulti quale delle opinioni abbia fondamento scientifico.

Debbo premettere che io ritengo esistere una ipertrofia ed una dilatazione di cuore per crescenza, poichè da un ricco materiale

di osservazioni, raccolto all'ambulatorio pediatrico più che altrove, mi è risultato esistere alcuni casi spiccati, i quali non lasciano dubbio alcuno. Questa mia opinione, basata oltrechè sulle mie, sulle altrui osservazioni, è appunto quella che mi accingerò a sostenere in questa parte della mia tesi.

Il Sèe cita 30 casi di ipertrofia e dilatazione di cuore osservati in giovanetti dai 7 ai 14 anni; ed altri 50 dai 14 ai 20 anni. Ritiene tutti questi per veri casi di ipertrofia e dilatazione di cuore da crescenza (Sémaine Méd. 1885 N.° 1). Passiamo ad analizzare i fatti osservati, e da questa analisi saranno tratte le conclusioni favorevoli al nostro argomento.

I fanciulli in prossimità della seconda infanzia, della adolescenza e della pubertà sono quelli che, date certe condizioni favorevoli, vanno soggetti ad esser colpiti, dai fenomeni morbosi della crescenza. È appunto a quest'epoca della vita, che possono esser presi da dispnea, da assoluta impossibilità ai lavori fisici ed intellettuali, da mali di testa violenti etc. Gli esami da me praticati, in queste condizioni, mi hanno fatto rilevare che il cuore risultava alcune volte voluminoso, senza che però avessi necessariamente riscontrato anemia o clorosi. In questi casi pertanto, ammessa l'ipertrofia, poteva escludersi subito che questa fosse dipendente da eccesso di funzione cardiaca per oligoemia, come peteva subito escludersi un vizio congenito del cuore, risultando dalle osservazioni fatte, che nulla esisteva in precedenza da un lato, e che dall'altro, queste ipertrofie sono potute guarire, ciò che non accade per i vizi congeniti del cuore.

In questi casi ho pure escluso le ipertrofie di compenso, non avendo riscontrato lesioni valvulari nè degli orifizi; non essendo preesistito reumatismo o corea; non avendo riscontrato lesioni nel sistema arterioso, nei reni, o negli organi del respiro.

Tutto ciò escluso, ed esistendo in tutti la ipertrofia in date contingenze, debbesi ammettere (tenendo conto di altri fattori) che questa sia in rapporto con la crescenza, la quale, non havvi ragioni ad opporsi, possa determinare un eccesso di sviluppo nella musculatura del cuore per la crescenza dell'organo stesso: in tal caso l'ipertrofia devesi ritenere dipendente da un aumento numerico delle fibrille muscolari, senza degenerazione o infiltrazione grassosa, ciò che viene confermato dalla possibile guarigione e scomparsa della ipertrofia, che può ottenersi con opportune cure stabilite all'inizio, nel decorso, ed al cessare dell'atto tumultuoso della crescenza.

Ammesso così che possa esistere tale ipertrofia, come può essa prodursi indipendentemente da stati patologici comuni, e in rapporto col solo accrescimento del corpo? Se noi teniamo conto

dei risultati fisiologici ottenuti e descritti dallo STALCK (Arch. für die Kinderh. II. f. 4. 1888) sulla sede della punta del cuore nelle diverse epoche della vita del fanciullo, e degli studî del BENEKE (Centralblatt für med. Wissench. 1879) sulle evoluzioni dell'organo cardiaco, confermate dipoi, avremo certamente dati fisiologici sufficienti per renderci conto di questo fatto.

Il BENEKE dimostra che dalla nascita a 2 anni di vita il cuore raddoppia di volume: da 2 a 7 anni raddoppia ancora: da 7 a 15 rimane stazionario: da 15 a 20 aumenta di nuovo con rapidità; seguitando dipoi, per qualche anno, ad offrire cambiamenti di volume poco apprezzabili.

Lo STARCK, pure, riferisce dei dati esatti sopra la sede della punta del cuore ai diversi periodi della vita da 1 a 15 anni; e stabilisce tre tipi di ottusità precordiale, corrispondenti alle età di 1. 6. 12. anni.

In tale stato di cose, se noi consideriamo che dai 2 ai 7 anni il cuore raddoppia fisiologicamente di volume; che dai 7 ai 15 anni rimane quasi stazionario; procedendo tutte le cose normalmente, è naturale che, allorquando il resto del corpo va soggetto ad accrescimenti extrafisiologici, il cuore del pari debba subire per le stesse influenze un aumento al di là dei limiti fisiologici, il quale aumento rappresenta niente più, niente meno la ipertrofia in parola. Ma questa ipertrofia, in rapporto al volume fisiologico può sparire dai 7 ai 15 anni per l'arresto successivo dello sviluppo, che normalmente il cuore dovrebbe subire (periodo di compenso): mentre il resto del corpo va accrescendosi ancora regolarmente: e in queste condizioni fisiologiche dell'intero organismo, soddisfacendo il cuore, già per l'innanzi ipertrofico, alla funzione fisiologica in un organismo che tuttora si accresce più o meno notevolmente, oltre i 15 anni, il cuore può non subire il corrispondente accrescimento rapido che doveva subire dai 15 ai 20 anni, e così accrescendosi in questo periodo, al di sotto della media normale, potremo avere a 20 anni un cuore, che essendo stato ipertrofico a 7 a 14 anni (casi riferiti dal SÈE) è ora divenuto normale. Lo stesso ripetasi pei periodi dai 2 ai 7 anni, se nei primi anni vi è stato ipertrofia.

Ecco le ragioni per le quali un cuore ipertrofico per crescenza può guarire; ciò che negando gli avversarii, per non aver bene scandagliato i fatti, credono doversi negare questa ipertrofia, e rigettare l'ipotesi della guarigione.

Una delle cause della ipertrofia in parola risiede nel fatto che, crescendo smisuratamente il resto del corpo, il cuore di conseguenza risente le influenze generali dell'accrescimento, mentre si trova costretto ad un lavoro maggiore per la distribuzione

del sangue ad una superficie più estesa; d'onde di buona ragione, l'ipertrofia per eccesso di lavoro, conseguente alla crescenza.

L'educazione fisica, poi, gli studj infruttuosi e schiaccianti secondo i moderni programmi, la posizione del corpo nei diversi atteggiamenti etc. tutto può influenzare l'organo circolatorio, e per eccessi di fatica, di studio e applicazione, aversi allora, indirettamente, il medesimo risultato; ciò che in ogni modo è possibile curarsi con opportune norme d'igiene e di terapia.

L'ipertrofia per crescenza, come sempre, si manifesta con tre segni più o meno costanti, e quasi sempre coesistenti. Questi segni sono: *l'aumento di volume, il soffio sistolico, l'aritmia del cuore e del polso*. Non esistono mai fremiti cardiaci. Questi sono appunto i segni, che male apprezzati da alcuno, o non bene interpretati, hanno pure dato luogo alla divergenza di opinioni nell'ammettere o negare questa ipertrofia, nonchè la sua possibile guarigione.

L'aumento del cuore deve esistere, non avendosi ipertrofia ove manchi questo elemento. Esso però può essere, ed è spesso, poco considerevole, e solo può apprezzarsi con metodi di indagine semiologici esatti, tenendo sempre presente il volume fisiologico, in rapporto alle età.

E di qui anzi, io credo, che sia nato il dualismo sulla ipertrofia per crescenza. Coloro che l'hanno negata debbono necessariamente non aver tenuto esatto conto degli sbilanci fisiologici nell'aumento di volume del cuore, nonchè dei segni stetoscopici in rapporto alle età. Non debbono aver tenuto conto dei cambiamenti fisiologici di ottusità precordiale, o avendo tenuto conto soltanto di un aumento progressivo del volume del cuore, nel progresso delle età, e in rapporto al volume del corpo, debbono avere forse ritenuto normale il cuore che a 2. 7. 12. 20. anni aveva sofferto alterazioni di volume, conseguenti alla crescenza.

Il soffio, che corrisponde alla sistole cardiaca, si nota, alla punta, al suo massimo d'intensità; diminuisce alla base; sparisce lungo i vasi del collo. Questo soffio è proprio della ipertrofia, ed è quello che, forse confuso col soffio anemico, può trarre in errore di diagnosi, tra ipertrofia, e semplice cardiopalmo nervoso o anemico.

L'aritmia, che può far difetto nei casi più miti, e facilmente apprezzabile quando esiste, ed è da attribuirsi a disturbo funzionale conseguente alla lesione primitiva del cuore.

La critica brevemente esposta, credo sia sufficiente ad affermare l'esistenza di una ipertrofia da crescenza. Il Sée ha voluto assegnare a questa ipertrofia tre tipi distinti, a seconda dei fenomeni predominanti.

Egli ritiene che il primo tipo, da lui denominato *tachicardiaco*, si manifesti con palpitazione: il secondo, che chiama *dispnoico*, con dispnea: ed il terzo, detto *cefalalgico*, con dolori ostinati di testa, facili a recidive, ribelli alle cure etc. Di questo terzo tipo, noi abbiamo già fatto una entità morbosa a parte, chiamandolo cefalalgia per crescenza; ed abbiamo ritenuto dovergli dare un posto speciale nel nostro quadro nosologico, riscontrandosi, il più delle volte, indipendentemente da qualsivoglia organopatia cardiaca.

Il trattamento di queste ipertrofie consiste, come per tutti gli altri stati morbosi surricordati, in rigorose prescrizioni igieniche cui, come cura diretta, possono aggiungersi i medicamenti cardiaci, tra i quali primeggiano la digitalina, la cactina, la convallamarina, l'ioduro di potassio, ed altri, tra i medicamenti principi delle cardiopatie in genere.

X.

DI ALCUNE ANOMALIE SPECIALI AVENTI RAPPORTI CON LA CRESCENZA.

Passate così in rivista le entità morbose più rilevanti, inerenti alla crescenza, darò fine a questo mio lavoro, solamente accennando alcune anomalie, che pure con la crescenza hanno parziali rapporti. Escono però esse dal campo della patologia medica, e formano piuttosto un gruppo avente in comune le proprie estrinsecazioni con alcune entità patologiche, delle quali oggi il chirurgo e l'ortopedico più specialmente si occupano. Queste anomalie speciali, delle quali solo farò cenno per completare la citazione di quanto patologicamente ha rapporto di causa ad effetto con la crescenza rapida, riconoscono oltre i già noti, altri fattori etiologici per la loro estrinsecazione: quindi, a rigore di termine, sono piuttosto da considerarsi connesse alla crescenza più in ragione di tempo, che di causa, non essendo la crescenza che una causa determinante. Intendo qui alludere a quelle malattie che si riscontrano, di preferenza, a certe epoche della vita, ed anche nei periodi di accrescimento, ma per cause molteplici (accidenti di dentizione, ritardi nell'ossificazione e nella evoluzione di diversi tessuti, persistenza di stati embrionali, rachitismo etc.).

Finalmente allo scopo di completare, per quanto è possibile, il quadro nosologico della crescenza, ricorderò le *asimmetrie*, in origine quasi impercettibili, e che a diverse epoche della crescenza prendono proporzioni maggiori: *le deformazioni articolari*, dovute a imperfetta osservanza delle più elementari prescrizioni igieniche nelle diverse epoche della vita infantile: *le*

esostosi epifisarie permanenti: le esostosi sottoungueali: l' unghia incarnita: l'iperostosi del femore: la tarsalgia: lo scollamento epifisario degli adolescenti: poche altre di minore importanza reputo dover tralasciare. Sopra a tutti questi argomenti sono stati svolti pregevoli e completi lavori dal Trélat, dal Moncod, dal Delpech, dal Regnier, dal Dally, dal Gosselin, dal Girald, per chi volesse consultarli; non dovendo io entrare in materia, per tema di assumere disquisizione che le mie forze non potrebbero sopportare, o di invadere questioni non troppo strettamente legate all'argomento proposto dal titolo della mia tesi.

Conclusioni.

Riepilogando, sembrami poter concludere aver dimostrato, in questa mia tesi, quanto appresso:

1° Che, per la crescenza, può stabilirsi un quadro nosologico speciale, e fin d'ora assai ben definito.

2° Che questo quadro viene costituito da entità morbose vere e proprie, non equivocabili con sintomi di entità morbose in rapporto ad altre cause.

3° Che i principali elementi di esso sono:

a) La febbre; *b*) La cefalalgia; *c*) L' anemia secondaria; *d*) La paralisi transitoria di moto; *e*) I disturbi funzionali dell' organo visivo; *f*) I terrori notturni; *g*) L'endocardite; *h*) L'ipertrofia di cuore; *i*) Un gruppo di anomalie speciali.

Che altri elementi, di minor conto, potrebbero figurare in questo quadro; ma potendosi questi riferire ad uno dei già accennati, val meglio ritenerlo quale elemento concomitante.

5° Che alcuni errori commessi fino ad oggi, affermando o negando alcune di queste entità morbose in nesso con la crescenza, non debbono ripetersi, in base a quanto è stato esposto, illustrato e criticato.

6° Che alcune incertezze e contrarietà, esistenti fra taluni patologi, avevano attinenza al non cale in cui si era posto lo studio di alcuna particolarità inerenti all'età del fanciullo, o alla estrinsecazione di atti fisiologici modificati dalla crescenza: oppure al preconcetto che alcune di queste entità morbose, per somiglianza di estrinsecazioni cliniche, fossero in rapporto con stati patologici frequenti a riscontrarsi in altre età, e nelle quali la crescenza avrebbe potuto determinare degli atti tumultuosi, in conseguenza, però, di cause patogeniche svariate.

7° Che, per essere completi, occorre finalmente accennare ad alcune anomalie speciali, più di spettanza della chirurgia e dell' ortopedia, le quali, avendo un rapporto in certo modo con la crescenza, non sono, a rigore di termine, strettamente dipen-

denti da essa, al pari delle altre entità morbose di cui estesamente è tenuto parola (1).

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

II. Congresso pediatrico italiano tenuto in Napoli dal 20 al 24 ottobre 1892

(*Cont. vedi pag. 295 del fasc. 6°, 1892*).

Reale A. (Napoli) domanda la parola per dichiarare di non essere di accordo col precedente preopinante, poichè oggi è da tutti i sifilografi generalmente ritenuto che l'ulcera molle non dà sifilide.

Di Lorenzo (Napoli) fa notare l'antitesi completa esistente nei lavori dei due correlatori. È del parere che la questione non sia ancora matura perchè nel caso in questione non si può parlare della sifilide acquisita, ma di quella ereditaria. È indubitato che tutto collima per dire che la legge Crispi abbia fatto cattiva prova; però il volere arrivare a mettere innanzi delle conclusioni certe anche sulla sifilide ereditaria crede che sia una cosa immatura. Prega perciò la presidenza a disporre che si facessero sul proposito ulteriori studi per il venturo Congresso.

Pavone (Napoli) dice che non è giusto infettare l'umanità in omaggio al principio della libertà individuale. Cita le vicende subite dalla diffusione della sifilide con l'applicazione e con la soppressione delle leggi coercitive non solo in Inghilterra, ma benanche in Francia, nel Belgio, in Italia. Dovunque, soppressi i regolamenti, la sifilide subì un'aumento, che oramai non è più da considerarsi come una semplice coincidenza.

Dinami P. (Curinga) domanda ai relatori se sono convinti che il Regolamento Crispi sia stato bene ed esattamente applicato.

Concetti dichiara di ritenere anche lui che la sifilide in generale in questi ultimi anni sia aumentata, e sotto questo rapporto non pare che esista antagonismo fra lui ed il suo correlatore. Il loro compito però era solamente quello di vedere se la sifilide ereditaria nei Brefotrofi era aumentata, e se questo aumento poteva o no stare in rapporto con l'applicazione dei Regolamenti Crispi. Egli insistè nel ritenere che non sia dimostrato che in seguito all'applicazione dei citati regolamenti la sifilide ereditaria sia aumentata; poichè, ammesso pure che in parecchi Ospizi questo aumento siasi infatti deplorato, esso non può essere attribuito all'applicazione della nuova legge, poichè questa venne appena promulgata nel 2° semestre del 1888, mentre l'aumento si è verificato prima che l'effetto dei nuovi Regolamenti Crispi si fosse potuto esplicare. Crede che l'effetto dei citati Regolamenti non può essere apprezzato, poichè essi furono assai male applicati. Giudica perciò prematura ogni decisione sul riguardo.

(1) Gl'importanti lavori testè pubblicati, specialmente dalla scuola tedesca, e in opposizione alle mie convinzioni, non sono stati tenuti in conto nella mia tesi perchè pubblicati dopo ultimato il lavoro, e perchè, con la ferma convinzione che ho di quanto ho scritto, non mi sento, per ora, trasportato ad accettarli, in opposizione ai risultati della propria esperienza. Firenze, 1892.

Titomanlio nega le oscillazioni spontanee che può subire la sifilide sostenendo che, se al cominciamento del 1888 già deploravasi l'aumento della sifilide, ciò dipendeva dal perchè fin dal 1886 il Regolamento Cavour era stato moralmente distrutto. Conviene nel ritenere che nell'attualità non si può vedere un'effetto notevole sulla sifilide ereditaria, poichè siamo ancora all'inizio; mentre quel leggiero aumento di sifilide ereditaria per lui non rappresenta che il periodo della sifilide più leggiera; ma i veri casi recenti e gravi di sifilide ereditaria debbono portare il loro frutto più tardi. Conchiude dicendo che, non ostante che effettivamente l'aumento della sifilide ereditaria sia non tanto forte, come apparentemente si volesse vedere, pure è abbastanza considerevole, sopratutto perchè ci troviamo all'inizio che, per i suoi caratteri ha tutte le tendenze ad aumentare.

Concetti e Pedicini formulano il seguente ordine del giorno che viene approvato dall'Assemblea:

« Il secondo Congresso pediatrico italiano in Napoli, chiamato ad esa- « minare se l'aumento della sifilide nei Brefotrofi dipenda o non dall'ap- « plicazione dei nuovi regolamenti sulla polizia sanitaria dei costumi, non « crede di avere ancora tanto ampio ed esatto materiale di osservazione « da poter rispondere affermativamente, tanto più che i regolamenti fu- « rono male applicati, e decide di rimandare lo studio al prossimo Con- « gresso ».

Comunicazioni

Stampa U. (Roma).—*Sopra un metodo di cura della difterite delle fauci.*

L'orat. espone sommariamente i principali metodi di cura finora adottati per la difteria delle fauci, e ne mette in evidenza i difetti. Descrive poi minutamente la cura da lui adottata, che consiste nel praticare sulle fauci delle pennellazioni con una soluzione al 15|00 di solfato neutro di allumina e potassa alternate con un'altra di acido fenico all'1|00. Ritiene che la prima, per l'azione astringente del farmaco, rende le parti sane circostanti al punto leso più refrattario al bacillo di Loeffler, mentre la seconda agirebbe attenuando la virulenza del bacillo stesso. L'O. pratica le pennellazioni da principio ogni mezz'ora, poi ogni ora, ogni due e così di seguito, fino alla guarigione, che si attua in 4 o 5 giorni. Egli ha curato con un tal metodo ben 35 casi di difteria delle fauci, ottenendo per ben 33 volte completa guarigione.

Concetti (Roma) è convinto che la cura locale a base di sostanze battericide è poco sperabile; per cui insiste sul metodo delle lavande, metodo oramai adottato in tutte le cliniche d'Italia e dell'Estero. Assicura però che l'allume non ha alcuna azione sul bacillo della difteria, e l'acido fenico, che è uno dei migliori mezzi per uccidere il bacillo, ha bisogno di agire almeno per 30 minuti ed alla temperatura di 30 del centigrado.

Stampa ripete dichiarando che egli non intende usare l'allume come sostanza battericida, ma come sostanza astringente che rende le parti vicine sane refrattarie al bacillo della difterite.

Guaita R. (Milano).—*Sulle bronco-pneumoniti infettive d'origine intestinale nei bambini.*

L'oratore comincia per dichiarare che l'argomento non è nuovo e che venne per la prima volta trattato da Sevestre cinque anni dietro, e poi

anche recentemente da GASTOU e RENARD. Crede che l'insorgere di complicanze bronco-polmonali d'indole infettiva nel decorso della diarrea infantile non sia poi una cosa molto rara, tanto che in quest'ultimo decennio Egli ebbe ad osservarne più di cinquanta casi, oltre parecchi altri che, per l'esame poco accurato del bambino infermo e per difetto di conoscenze non possedute sull'argomento, passarono inosservati. Dopo aver riferite le conclusioni degli studii di SEVESTRE, di GASTOU e RENARD, l'or. passa a rassegna la forma sintomatologica, dalla quale risulta che precedentemente il bambino è incolto da catarro intestinale acuto *a frigore* od *ab ingestis*, dopo del quale insorgono i fatti bronco-pneumonici che sovente s'iniziano con un brivido intenso, che dopo 1[2 ad 1 ora, dà luogo ad una temperatura di 40—40, 6° per scendere dopo 3-4 ore a 37, 36, 35 per parecchie ore. L'or., confermando le vedute dei precedenti osservatori, ritiene che queste bronco-pneumoniti, che sopraggiungono nel corso di una diarrea infettiva, sieno secondarie e dovute alla moltiplicazione attiva del bacterium coli commune e di altri germi prodotti per le fermentazioni intestinali, che passano poi dall'intestino al polmone per la via linfatica e sanguigna, producendo i focolai bronco-pneumonici. Per l'or., quindi, il faro verso cui deve convergere ogni sforzo terapeutico, si è appunto la diarrea, per la quale si è sempre giovato della soluzione di benzoato di soda data internamente.

BLASI (Roma) conferma la opinione del precedente orat., sostenendo che sovente si hanno delle depressioni termiche sensibilissime, sino a 35, come si hanno del pari ipertermie fino a 40 con un collasso gravissimo.

TEDESCHI (Trieste), in appoggio alle conclusioni del GUAITA, riferisce che durante una epidemia di gastro-enterite, in molti bambini ebbe a riscontrare la complicanza indicata dal relatore. In tali casi egli somministrando solamente il benzoato di soda senza altri rimedii, otteneva la miglioria e la guarigione delle affezioni bronchiali e polmonali mentre l'effetto del farmaco sulla diarrea si andava accentuando. Spera perciò che anche il relatore possa in avvenire confermare questa sua osservazione.

Esaurita la discussione sull'argomento, il Dott. GUAITA presenta all'Assemblea un'ordine del giorno così concepito:

« I pediatri italiani, raccolti in Congresso, nell'Ottobre 1892, in Napoli; considerando il grave e generale danno che deriva alla Società dall'attuale trascuranza dello studio della igiene infantile generale nelle scuole elementari e normali e negli istituti educativi in genere;

« Convinti che la perfetta conoscenza di detta branca speciale per parte delle maestre, maestri, ispettori scolastici e di chi officialmente è adibito alla istruzione fisico-intellettuale dei ragazzi formerebbe il punto primo ed il più efficace per scemare la morbilità dei bambini, rinforzandone la costituzione fisica e risvegliandone l'intelletto;

« Fanno voti che, a miglior garanzia della profilassi delle malattie infettive della prima e seconda infanzia, sia applicata l'ispezione medica nelle scuole primarie del regno e sia, il più sollecitamente possibile, introdotto l'insegnamento della igiene infantile nelle scuole normali tanto maschili che femminili ».

DE BONIS osserva che nel programma delle scuole normali del Municipio di Napoli havvi una parte che si collega un po' con quello che propone il GUAITA. All'articolo pedagogia si richiede: *Il bambino—Caratteri del bambino sano e costituito normalmente—Norme igieniche pel governo e l'allevamento dei bambini — Principali malattie della infanzia e loro*

sintomi. Ciò non pertanto egli crede che sia necessario l'appoggio al voto del GUAITA.

Posto ai voti l'ordine del giorno proposto, viene approvato al unanimità.

5ª Seduta (*ant. del 22 ottobre*).

Comunicazioni

MASUCCI P. (Napoli).—*Sulla rinite pseudo-membranacea.*

L'Orat. fa la storia della rinite pseudomembranacea, e crede essere stato SCHUELLER il primo a descriverla. Espone un caso clinico da lui osservato, nel quale il reperto batteriologico fu sempre negativo per la ricerca del bacillo di LOEFFLER. Convalida questa sua osservazione con quelle consimili a lui riferite da CAPART, BRESGEN, FLATAU, MAJ..R e ROSEMBERG e dice che, anche ammessa la identità del crup con la difteria, bisogna ritenere che vi esista un'altra forma clinica la quale ha di caratteristico di non essere affatto infettiva, nè originata dal bacillo di LÖFFLER, bensì da stimoli chimici, termici, ecc. Crede perciò che la mucosa delle fosse nasali possa essere colpita primariamente dal processo difterico, avendosi in tal caso ciò che comunemente si dice difteria o crup nasale primitivo purchè l'esame batteriologico faccia rilevare i bacilli di LOEFFLER; per contrario si può avere la medesima forma clinica senza che la ricerca batteriologica lascia riscontrare il bacillo di LOEFFLER, ed in tal caso la malattia prenderebbe il nome di rinite pseudo-membranacea. Per l'oratore, dunque, una tale denominazione ben si addice a quella forma di corizza che è caratterizzata dalla presenza di membrane fibrinose nelle cavità nasali con assenza o quasi della febbre, mancanza di tumefazione glandolare, facile esportabilità delle false membrane, limitazione del processo alle fosse nasali, decorso più o meno lungo, assenza del bacillo di LOEFFLER.

CONCETTI (Roma) conviene nel ritenere che la falsa membrana non sia la caratteristica della difteria tanto per quelle risiedenti nelle narici, quanto per quelle delle fauci. In tutti i casi però stima indispensabile l'esame batteriologico, che, se non conduce ad una conclusione positiva, ciò può dipendere dal materiale che si usa, dal metodo che si adopera o da qualche errore nella ricerca. In presenza di pseudo-membrane l'orat. crede che ogni medico abbia l'obbligo di assoggettare l'ammalato alle identiche misure profilattiche come se si trattasse di vera difterite.

MASUCCI crede anche lui che i casi di rinite pseudo-membranacea non sieno poi molto frequenti e conviene nel ritenere che in ogni caso, fino a quando non si ottiene il responso batteriologico, è sempre indispensabile isolare l'infermo.

BLASI (Roma) crede che vi fossero dei casi di difteria anche leggieri, quantunque ciò non esclude che la difteria sia una malattia infettiva.

MASUCCI replica dicendo che il processo deve ritenersi per difteria iniziale, rinite difterica, laringite difterica o faringite difterica quando esiste il bacillo di LOEFFLER; per contrario, mancando questo ed esistendo le false membrane, deve ritenersi trattarsi di tutt'altra cosa. Cita sul proposito il caso a lui occorso di un bambino in cui egli per primo aveva diagnosticato crup prima dell'esame batteriologico; l'infermo però aveva soltanto laringo-stenosi venuta in seguito a raffreddore con collasso e niente altro. Il decorso fu lungo e l'ammalato era sul punto da dover subire la intu-

bazione o la tracheotomia. Il padre dell' infermo volle aspettare, e con grande sorpresa l' indomani il bambino stava bene senza aver cacciato false membrane, che l'orat. crede fossero state ingoiate. Opina perciò che, a differenziarli dal vero crup, e dalla difteria, questi processi potrebbero essere ben chiamati solamente pseudo-membranacei.

PETTINATI (Napoli) conferma quanto viene asserito dal precedente or. avendo assieme a lui assistito l' infermuccio.

GUAITA (Milano) e MASSINI (Genova) espongono casi clinici presso che identici ed anche a forma prolungata, nei quali, oltre la forma clinica locale, con le false membrane, non si ebbero fenomeni d' infezione generale e gl'infermi guarirono, senza comunicare il contagio ad altri.

CONCETTI (Roma) sostiene che il contagio non è necessario che avvenga; in alcune condizioni è nullo, in altre si determina. D'altronde il processo difterico può restare come un'affezione puramente locale non solo sulle narici, ma anche nelle fauci e nel laringe; verificatesi però nell'organismo le condizioni opportune per l' assorbimento dei prodotti del bacillo di LOEFFLER, la infezione generale si esplica agevolmente. Ciò viene anche constatato dal fatto che in casi di crup, in cui non si ebbero fenomeni generali, l' esame batteriologico ebbe a constatare l' incriminato bacillo.

BORRELLI (Napoli) inclina a riferire a processi catarrali laringei tutte quelle forme crupali in cui non si abbiano fenomeni d' infezione generale.

MODIGLIANO (Pisa) è del parere che clinicamente il tipo speciale del crup e quello speciale della difterite non possano confondersi; crede però che del vero crup bisogna farne due sotto divisioni, cioè crup difterico e crup non difterico, considerando nel crup difterico anche casi leggieri di andamento cronico e protratto.

MASUCCI replica dicendo che tanto il BORRELLI, quanto il MODIGLIANO abbiano riaccapitolato quanto egli ha esposto. Solamente, per potersi bene intendere nella denominazione, egli insiste perchè si ritenga per laringite difterica quella nella quale vi è il riscontro del bacillo di LOEFFLER, e per laringite pseudo-membranacea quella che sopravviene a fatti catarrali.

DI LORENZO G. (Napoli).— *Le ulcerazioni ai calcagni e malleoli dei neonati e dei bambini lattanti.*

L'oratore, fondandosi su dati statistici da lui raccolti nell'Ospizio dell'Annunziata, espone con ammirevole precisione la forma clinica, l'andamento e le fasi cicatriziali di queste ulcerazioni. Le crede malattia della prima infanzia che colpisce più le femmine che i maschi, più i deboli, gli atrepsici, i sifilitici e che incoglie i bambini più in inverno che nelle altre stagioni. Come cagioni occasionali crede che vi contribuisca lo strofinio degli arti inferiori sulle fascie, l' immediato contatto degli arti fra loro; il modo sconcio con cui le balie tengono in braccia i bimbi, la decomposizione delle feci e delle orine con le quali gli arti sono tenuti lungamente in contatto, il tenere il bambino lungamente con i piedi nudi all'ambiente. Per la cura ha cercato di avvolgere i piedi fra panni delicati e del tutto separati, praticando lavande all'acido fenico o borico e medicando la località con pomate all' ittiolo, al jodolo, all' acido borico, oppure con jodoformio in polvere od in pomata con cura generale appropriata se il bambino è sifilizzato.

GUAITA (Milano) asserisce che la cennata lesione è più frequente nella classe povera e crede che la causa che la determina sia tutta meccanica,

dovuta ai panni che si usano mal lavati e massime poi asciugati al fuoco. Egli, nella sua pratica, usa sempre di far mettere uno strato di ovatta fra l'uno e l'altro malleolo.

Borrelli (Napoli) crede attribuire la produzione di queste ulcerazioni al soffregamento continuo che fanno i bambini coi piedi per i dolori generali, per le gastralgie continue e le quotidiane enteralgie da essi sofferte a causa del pessimo sistema di alimentazione a cui negli Ospizii vengono assoggettati.

Cannarsa (Termoli) caldeggia l'opinione che la lesione venga piuttosto prodotta dalla decomposizione delle orine e dallo stato di denutrizione del bambino.

Guida (Napoli) si associa alla opinione dei Dottori Guaita e Cannarsa.

Di Lorenzo (relatore) dichiara di non aver mai riscontrata la lesione da lui descritta in clinica privata, e ciò perchè l'esattezza con cui si tengono i bambini in casa privata è diversa da quella serbata nei Brefotrofi; ringrazia inoltre il collega Guaita per aver confermato le sue vedute.

Galanti L. (Roma).—*L'igiene pedagogica in rapporto alla salute degli alunni della scuola primaria.*

L'O:., dopo avere con gran copia di argomenti dimostrata la importanza che dovrebbe godere la igiene nelle scuole primarie del Regno d'Italia, presenta al voto del Congresso le seguenti proposte:

1) che sorgano in tutti i Comuni veri stabilimenti scolastici;

2) che i progetti, i disegni di queste Scuole sieno compilati da una commissione tecnica, nella quale venga compreso un medico igienista;

3) che vengano nominati medici ispettori che visitino le scuole, almeno una volta ogni 15 giorni;

4) che venga diffusa la istituzione dei giardini d'infanzia, col metodo Fröbel;

5) che la scuola elementare non sia che una continuazione del giardino d'infanzia;

6) che l'anno scolastico venga frazionato da ripetute vacanze;

7) che le lezioni giornaliere sieno brevi ed intercalate con 10 minuti di riposo;

8) che la ginnastica fra i banchi, ed il canto vengano fatti prima e dopo le lezioni, e la ginnastica in palestra due volte per settimana;

9) che almeno ogni 15 giorni vengano fatte passeggiate ginnastiche ed istruttive;

10) che venga nelle scuole classiche ritardato l'insegnamento del latino e del greco;

11) che sia nelle scuole magistrali impartito un vero insegnamento di igiene;

12) che si diminuiscano gli esami;

13) che la scuola primaria sia posta sotto la completa ed assoluta dipendenza dello Stato;

14) che sia abolita ogni scuola speciale a pagamento ed a carico dello Stato per le classi privilegiate;

15) che una tassa rilevante sia applicata ad ogni scuola ed istituto privato;

16) che tutti i Comuni, sgravati dalla spesa dell'insegnamento ob-

bligatorio, paghino allo Stato una quota annua proporzionata al numero delle scuole o degli alunni;

17) che ogni alunno del giardino d'infanzia e delle classi elementari paghi una tassa annuale di Lire 5, ripartita in dieci quote mensili, ciascuna di Lire 0,50;

18) che il prodotto delle tasse scolastiche venga adibito al miglioramento dello insegnamento primario e della igiene;

19) che agli ispettori ed ispettrici scolastiche vengano sostituiti medici igienisti;

20) che ogni insegnante conosca e sappia apprestare i primi sussidi agli alunni che eventualmente potessero esser colti da accidenti fortuiti;

21) che la istruzione della igiene scolastica sia resa obbligatoria.

TEDESCHI V. (Trieste).— *Dimostrazione di una nuova incubatrice per nati deboli.*

La cassetta dell'apparecchio è fatta di legno teak ad evitare le sue facili modificazioni che avverrebbero per l'azione del calore e della umidità. Il riscaldamento si ottiene mediante una lampada a petrolio munita di una specie d'idrometro e di un'imbuto che riceve il combustibile quando l'idrometro ne indica la mancanza. Il cilindro della lampada immette in un tubo perpendicolare, la estremità del quale è fornito di valvola. Un 2° tubo imbocca ad angolo retto con un capo la metà del primo, mentre con l'altro comunica in uno spazio chiuso che costituisce il fondo della covatrice, dalla quale è diviso mediante un tramezzo metallico sottilissimo. L'apertura della valvola o la sua chiusura, a norma che la temperatura della incubatrice è maggiore o minore di quella voluta, sono fatte automaticamente da un termo-regolatore che si basa su di un termometro metallico che ha la forma di una molla di carrozza, le due lamine convesse della quale si articolano ai loro capi, mentre ogni singola lamina è costituita da due spranghette saldate, l'esterna di zinco e la interna di acciaio. La porzione centrale di questo termometro metallico è unita ad un sistema di leve che trasmette il proprio movimento alla valvola. A rendere possibile il facile scambio dell'aria nella incubatrice, il TEDESCHI ha disposto un tubo piegato ad angolo retto, un braccio del quale immette direttamente nello spazio ove si mette il bambino, mentre l'altro viene adagiato lungo il tubo verticale che tiene la valvola; alla estremità libera di questo braccio del tubo havvi una girandola. A ridosso interno di una delle pareti della covatrice è disposto un recipiente a forma di grondaia che può riempirsi di acqua anche dal di fuori. Un traliccio penzola sulla grondaia; ed, immergendosi col margine inferiore nel liquido che questa contiene, assorbe il liquido che trova in tal guisa una larga superficie di evaporizzazione che viene ben regolata da un igrometro, di cui la incubatrice è fornita. L'apparecchio inoltre è provveduto di un'avvisatore a soneria elettrica, che funziona non si tosto la temperatura della incubatrice, per un guasto nel termo regolatore, tendesse a salire o discendere.

GUIDI G. (Firenze).—*Ancora della pertosse e pseudo-pertosse. Patogenesi e cura.*

L'oratore, fin dal Congresso pediatrico del 1890, richiamò l'attenzione su di un gruppo di estrinsecazioni cliniche che si modellano l'una sul-

l'altra con probabile patogenesi diversa. Egli fa risaltare le affinità cliniche esistenti fra questo gruppo di estrinsecazioni e la tosse convulsiva, notando alcuni dati poco apprezzabili, ma degni di considerazione, per una diagnosi differenziale e per una cura bene appropriata. Riconferma l'affinità da lui constatata, e poi sancita dalle osservazioni posteriori di altri, fra l' influenza e la pseudo-pertosse, abbenchè nell'ultima epidemia d' influenza le forme cliniche, in apparenza simili alla tosse convulsiva, non fornirono più i risultati batteriologici e terapeutici affermativi ottenuti nella precedenle epidemia. Riprova il metodo da alcuni serbato nel formulare la diagnosi di pertosse vera fondandosi sul carattere eccezionale della tosse e sulla inspirazione sibilante e termina ritenendo che, senza escludere l'esistenza di una vera pertosse, bisogna prendere in considerazione benanche le forme di pseudo-pertosse, acciò una classificazione esatta venga oramai stabilita.

(*continua*). G. Somma.

Galatti D.— **Intubazione alla O' Dwyer, in sostituzione della tracheotomia, nella stenosi difterica della laringe.**

In questa relazione, fatta al 3 ottobre 1892, davanti all'*Aertlicher Verein des VIII Bezirkes in Wien*, l'Aut. accenna anzitutto la storia dell'intubazione, e rende a Bouchut il merito di averla, per il primo, proposta in sostituzione della tracheotomia. Indi descrive la tecnica dell'intubazione, come fu introdotta nella pratica da O'Dwyer, e come viene oggi quasi generalmente seguita. Fa rilevare che quando si possiede una certa abilità ed un poco di esercizio, la manovra è facile, e che questo metodo possiede parecchi pregi, che meritano di essere presi seriamente in considerazione, cioè: la facilità di poterla eseguire anche in un locale angusto, la possibilità di evitare una ferita e la consecutiva cicatrice, la respirazione che si effettua fra le vie naturali; inoltre, non havvi alcuna ferita a curare, e quindi la durata del trattamento è più breve. Arrogi, che i genitori si decidono molto più volentieri a far praticare l' intubazione, che è un' operazione incruenta, anzichè la tracheotomia, e ciò ha certamente anche un'importanza nella pratica privata. Però, informandosi ad uno spirito obbiettivo che altamente l'onora, l'Aut., benchè entusiasta di questo metodo, ne accenna pure gl'inconvenienti, cioè la possibilità (che fortunatamente è rara) di spingere, nell'atto dell' intubazione, membrane crupali nella trachea; la consecutiva ostruzione del tubo; la difficoltà di alimentare i bambini, mentre il tubo è applicato in sito; la possibilità di un decubito; lo scivolamento del tubo nella trachea e la sua facile espulsione. Ma, la maggior parte di questi inconvenienti, è stata molto esagerata dai fanatici nemici dell' intubazione, e l'Aut. dimostra in qual modo è possibile evitarli, oppure eliminarli se già avvenuti.

In ultimo l'Aut. fa rilevare, che, trattandosi di un metodo che raramente produce danni, si può ricorrere all' intubazione anche molto per tempo. Spessissimo basta praticarla, con qualche interruzione, per due a quattro giorni, per liberare il bambino dalla stenosi. Di rado è necessario eseguirla per un tempo più lungo: 12-14 giorni.

Fondandosi sulle sue osservazioni, l'Aut. dichiara che — *relativamente ai risultati dell'intubazione nella pratica privata*—egli non può che confermare ciò che sul proposito è stato riferito dagli *americani*, dal dottor Egidi a Roma; dal dottor Jacques a Marsiglia e da altri.— Nel mese di

giugno dell'anno scorso egli ebbe occasione di trattare coll'intubazione quattro casi di difterite laringea. L'operazione fu da lui eseguita, senza alcuna assistenza, in angusti tugurî. I bambini rimasero affidati alle cure della madre, ed egli li visitava soltanto due volte al giorno. In due casi ebbe un successo favorevole; gli altri due morirono. Però, l'Aut. fa notare che in uno di questi casi trattavasi di un bambino di 13 mesi, ed in quest'età rarissimamente la tracheotomia è coronata da successo. L'altro bambino fu liberato dalla stenosi, ma morì al terzo giorno per broncopulmonite.

In complesso: l' Aut. invita i colleghi a sperimentare il metodo di O'Dwyer, che merita di essere preso seriamente in considerazione.

V. Meyer.

Demiéville.—Le injezioni sottocutanee di acqua salata nella gastro-enterite dei bambini.

In un caso di gastro-enterite grave in un bambino di quattro mesi e mezzo, l'autore dopo di avere inutilmente impiegati i mezzi ordinari usati contro questa infermità, si è deciso a ricorrere, e con pieno successo, alle injezioni sottocutanee di acqua salata. Il bambino trovavasi in un completo stato di collasso. Una injezione di 120 a 150 grammi di una soluzione sterilizzata di cloruro di sodio al 6 per 1000 fu praticata sotto la cute di ambo le coscie. Durante l'injezione il bambino che dà qualche grido, non sembra soffrire seriamente. Dopo l'operazione si fece un massaggio centripeto delle coscie per facilitare la diffusione e lo assorbimento del liquido. Appena dopo l'injezione lo stato generale migliorò ed il bambino non ebbe più vomiti nè diarrea. La alimentazione divenne possibile e la guarigione fu completa dopo pochi giorni appena.

Per eseguire questa injezione l'autore si è servito di un'irrigatore ordinario che si avrà cura di sterilizzare e lavare con una soluzione di sublimato all'1|1000 e poi con acqua bollita. L' injezione vien praticata con un'ago dell'apparecchio di Dieulafoy o di Potain.

Il liquido da injettare verrà riscaldato alla temperatura di 42 a 45 gradi a causa del raffreddamento che esso subisce nel tubo. La pelle verrà lavata e disinfettata prima della introduzione dell'ago.

Il Dottor Demiéville fa rimarcare che queste injezioni potranno essere impiegate anche nel caso in cui si avrà a curare una nefrite, perchè, fatte con un liquido inoffensivo, esse avranno anche per risultato di ripristinare la pervietà dei canalicoli renali, e di eliminare i prodotti infettanti e di ristabilire la funzione dei reni. (*Le Scalpel*).

G. Somma.

BIBLIOGRAFIA

Baginsky A.—Lehrbuch der Kinderkrankheiten für Aerzte und Studirende — Vierte vielfach vermehrte und verbesserte Auflage (*Trattato delle malattie dei bambini per medici e studenti—Quarta edizione accresciuta e migliorata*). Berlin, 1892.

Di quest'Opera, che in breve volger di tempo ha già veduto tre edizioni, alle quali ora segue rapidamente la quarta, demmo un lungo cenno,

quando l'illustre Autore, che ci onoriamo di avere a collaboratore del nostro Archivio, diede a luce per la prima volta questo lavoro.

Quale entità scientifica rappresenta oggidì il Baginsky, è ben noto a tutti in Italia, e precipuamente ai nostri Lettori, ai quali non abbiamo mai trascurato di far tenere sott'occhio tutti quei lavori speciali, con cui il dotto pediatra berlinese negli ultimi anni ha ampliato, in tanti svariati capitoli della nostra Specialità, le nozioni che su di essi possedevamo. Ci basterà, per es., menzionare quelle sue belle ricerche chimico-batteriologiche sul *cholera nostras*, delle quali demmo un largo sunto, che figurano fra le più profonde indagini che oggidì la nostra Letteratura possa vantere su quell'affezione tanto frequente (e possiamo anche dire micidiale quando la cura non viene fatta a tempo da persona perita nella nostra branca) dei bambini.

Quale sia il piano fondamentale di quest' Opera, eminentemente didattica, è anche noto ai nostri Lettori, avendolo esposto nell' annunzio che facemmo della prima edizione. Accennammo allora pure francamente la opinione che di essa avevamo, e non indugiammo un istante a ritenere che le accoglienze, che essa avrebbe avuto dal pubblico medico, e specialmente da parte dei pediatri, sarebbero state le più lusinghiere e le più meritorie. Le nostre parole furono fatidiche. In pochi anni l'Opera festeggia già la sua quarta edizione, benchè essa abbia veduto la luce in un paese ricchissimo, più che mai, di Manuali e Trattati di Pediatria, alcuni dei quali—si noti bene—sono veri capolavori. Ed a suggello irrefragabile di quanto affermiamo, ci basti menzionare il classico Trattato dell'Henoch, anch'esso coronato da un' accoglienza trionfale da parte dei medici generici e dei pediatri. — Tutto ciò, schiettamente parlando, ci rallegra, giacchè costituisce *la più splendida, la più luminosa ed eloquente prova della grande importanza che oggidì viene devoluta alla Pediatria nella Germania*, cioè *nel paese ove la cultura medica nel nostro secolo ha raggiunto un mirabile apogeo.*

Tutto ciò ci dispensa sia dal ritornare sul già detto, cioè dall' esporre di nuovo il piano fondamentale dell' Opera, sia dal tessere novellamente lodi all'Autore. Diremo soltanto che questo *piano fondamentale è rimasto immutato*, il che non toglie che l'Opera esca *rinnovellata di novelle frondi.* E queste novelle frondi, che così splendidamente la ingemmano, sono costituite, come agevolmente si comprende, dai progressi mirabili e titanici, che la nostra Scienza—la quale può oggi superbamente applicare a se il *nulla dies sine linea*—va rapidamente facendo. Uno sguardo complessivo all' Opera fa rilevare a colpo d' occhio, che l'Autore ha tenuto conto, con quella competenza magistrale che in lui riconosciamo, di tutte le più recenti conquiste ed indagini della nostra Specialità, le quali egli sa sempre giudicare con fine discernimento e ponderato criterio.

All'illustre Autore— il cui nome oggi splende luminosamente in quella lunga lista dei *denkende Naturforscher* che commuove di così giusto orgoglio la Germania—noi facciamo i più cordiali e schietti auguri, perchè continui a calcare quella via, che con tanto successo già da anni percorre, e gli diciamo meritamente *excelsior.* Come a tutti i più eminenti pediatri, possono anche a lui applicarsi le parole di un suo grande poeta contemporaneo: « *ha seminato nei solchi del tempo qualche cosa di divino* ».

V. Meyer.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

Ai collaboratori ed associati.—L'«*Archivio*», all'alba del novello anno, grato e riconoscente a quanti degnamente si cooperarono per la sua vita e per la sua gloria, non può esimersi dal porgere ad essi il saluto del cuore, l'augurio sincero di prosperità!

Anche per l'undicesimo anno, il suo indirizzo rimarrà invariato; i suoi due lustri di onorata esistenza valgono assai più di un pomposo programma a frasi smaglianti ed a promesse seducenti, che poi bentosto trasformansi in bolle di sapone!

Conscio del suo dovere, e geloso nell'adempimento dell'alto cómpito assunto, sereno ed impassibile rimarrà sulla breccia non per combattere una guerra di casta, ma per affermare ogni dì più i legittimi diritti della Medicina Infantile, di cui esso in Italia fu, e sarà sempre la espressione sincera.

La nuova scuola magistrale di Milano.—Con decreto del 3 novembre del decorso anno 1892, il Ministero della Pubblica Istruzione ha autorizzato il Comitato milanese degli Asili infantili di campagna ad istituire presso l'asilo infantile di Crescenzago una scuola magistrale teorico-pratica per le educatrici di asili. Essa, sussidiata dal Governo e dalla Provincia, è destinata a preparare conformemente alle moderne esigenze pedagogiche quelle giovani che da una speciale vocazione si sentissero attratte al delicato ufficio d' istitutrici di asilo. Vi saranno impartite lezioni di pedagogia, d' igiene, di canto, di ginnastica e di disegno da speciali docenti, fra i quali ci piace vedere annoverato il Dottor Guaita, da cui, con speciale competenza, verranno impartite le lezioni d'igiene. Possa in Italia il nobile esempio essere imitato dalle città consorelle.

Concorso a premio.—L'Accademia di Medicina di Parigi, per il premio di Lire 1000 dell' Igiene d' Infanzia, ha proposto pel 1894 il tema seguente: *Della morte apparente dei neonati*. I lavori potranno essere scritti in francese od in latino; ed il termine utile della loro presentazione sarà la fine di febbraio 1894.

Nuovi giornali.—Col primo gennaio ha vista la luce a Parigi «*La Médecine scientifique*» periodico mensile diretto dal prof. Quesneville e redatto dai dottori Quinquaud e Dagonet. Dai prof. Gradenigo di Torino e Rossi di Roma è stato poi fondato in Italia l'«*Archivio italiano di otologia, rinologia e laringologia*» pubblicazione trimestrale di pag. 80 a 100 e col prezzo annuo di abbonamento di Lire 12,00.

Ai novelli periodici auguriamo vita lunga e rigogliosa.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Bronco-pneumonite dei bambini

Kermes minerale	gram.	3|4,00
Benzoato di soda	»	7-15,00
Acqua di lauro-ceraso . . .	minimi	50,00
Sciroppo di gomma	gram.	80,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino da caffè ogni due ore ai bambini affetti da bronco-pneumonite complicante la rosolia.

Sevestre.

Bronchite cronica nei bambini

Benzol puro	goccie	32,00
Essenza di menta	»	10,00
Glicerina neutra	gram.	45,00
Sciroppo di gelse more . . .	»	15,00

mib. Da somministrarne tre a quattro gocce due volte al giorno in un cucchiaio di latte.

Louve.

Colera asiatico nei bambini

Fosfato di soda	gram.	5,00
Solfato di soda	»	10,00
Acqua distillata . . . . , .	»	100,00

mib. Di questa soluzione si pratica una iniezione ipodermica di cinque grammi. Se un'ora dopo non è sopraggiunta la reazione, se ne può eseguire una seconda.

Heilly.

Diarrea nei bambini

Naftalina	gram.	0,50
Cognac	»	10,00
Sciroppo di altea	»	50,00

mib. Da somministrarla a cucchiaini per epicrasi nelle 24 ore.

ovvero:

Zucchero polverato	gram.	10,00
Naftalina	»	1,00
Iodoformio	»	0,20
Essenza di bergamotto . . .	gocce	11,00

mib. e fa c. 20. Da somministrarne una ogni ora in un cucchiaio di latte.

Comby.

Diarrea cronica nei bambini

Estratlo di Kola	gram.	1,00
Sciroppo di cotogne	»	60,00

mib. Da propinarla a cucchiaini da caffè nel corso delle 24 ore.

Combemale.

Crup

Essenza di trementina. . . .	gram.	2,00
Olio di vaselina	»	10,00

mib. da praticarne una siringa ipodermica mattina e sera in una delle fosse sopraspinose.

più:

Sciroppo di balsamo del Tolù	gram.	100,00
Acido lattico	»	3,00

mib. Da somministrarla per epicrasi nel corso del giorno.

più:

Acido fenico	gram.	1,00
Alcool a 90° } Cloroformio } *ana*	»	10,00

mib. Da praticarne inalazioni ogni ora, impiegandone un cucchiaino da caffè per volta.

Bonain.

Il Direttore responsabile — G. Somma.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

DOSAMENTO DEI MEDICAMENTI NEI BAMBINI

per il Dott. J. W. TROÏTZKY
Docente privato di Pediatria nell'Università di Wladimir, a Kiew.

(*Cont. e fine, vedi: Anno XI. Fasc. I. pag. 17*).

Le grandi differenze circa il dosamento dei medicamenti si appalesano in modo anche più chiaro e convincente nella seguente Tabella di paragone.

Bromuro di Potassio — Dose media per adulti: 1,0 grm.

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. R.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,18	0,03	0,04	n	n	0,08	n	n	n
9 mesi	0,20	0,06	0,06	n	n	n	n	n	n
1 anno	0,25	0,09	0,08	0,25	0,10	0,10	0,10	0,04	0,08
2 anni	0,32	0,12	0,14	n	n	0,12	n	0,08	0,12
3 n	0,40	0,16	0,20	n	0,12	0,25	n	0,12	n
4 n	0,45	0,25	0,25	n	n	0,33	0,12	0,16	0,16
5 n	0,50	n	0,29	0,50	0,16	n	n	0,20	n
6 n	0,52	n	0,33	n	n	n	n	0,25	0,25
7 n	0,55	0,33	0,36	n	n	0,50	0,20	0,28	n
8 n	0,57	n	0,40	n	0,25	n	n	0,33	n
9 n	0,60	n	0,42	n	n	n	n	0,37	n
10 n	0,62	n	0,45	n	n	n	0,25	0,40	n
11 n	0,65	n	0,47	n	0,33	n	n	0,48	n
12 n	0,67	n	0,50	n	n	n	n	0,50	0,50
13 n	0,70	n	n	n	n	n	n	0,52	n
14 n	0,71	0,50	n	n	n	1,0	0,50	0,56	n
15 u	0,75	n	n	0,75	0,50	n	n	0,60	0,66

Lattato di ferro – Dose media per adulti: 0,4 grm.

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. R.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,07	0,013	0,016	n	n	0,033	n	n	n
9 mesi	0,08	0,026	0,023	n	n	n	n	n	n
1 anno	0,10	0,033	0,030	0,1	0,4	0,04	0,04	0,016	0,033
2 anni	0,13	0,005	0,057	n	n	0,05	n	0,033	0,053
3 n	0,16	0,06	0,08	n	0,5	0,10	n	0,05	n
4 n	0,18	0,10	0,10	n	n	0,13	0,05	0,06	0,06
5 n	0,20	n	0,12	0,2	0,06	n	n	0,08	n
6 n	0,21	n	0,13	n	n	n	n	0,10	0,10
7 n	0,22	0,13	0,15	n	n	0,20	0,08	0,11	n
8 n	0,23	n	0,16	n	0,10	n	n	0,13	n
9 n	0,24	n	0,17	n	n	n	n	0,15	n
10 n	0,25	n	0,18	n	n	n	0,10	0,16	n
11 n	0,26	n	0,19	n	0,13	n	n	0,17	n
12 n	0,27	n	0,20	n	n	n	n	0,20	0,20
13 n	0,28	n	n	n	n	n	n	0,21	n
14 n	0,29	0,2	n	n	n	0,40	0,20	0,23	n
15 n	0,30	n	n	0,3	0,20	n	n	0,24	0,26

Cloridrato di Chinina—Dose per adulti: 0,5 grm.

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. R.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,08	0,02	0,02	n	n	0,04	n	n	n
9 mesi	0,10	0,03	0,03	n	n	n	n	n	n
1 anno	0,12	0,04	0,04	0,12	0,05	0,05	0,05	0,02	0,04
2 anni	0,15	0,06	0,07	n	n	0,06	n	0,04	0,06
3 n	0,20	0,08	0,10	n	0,06	0,12	n	0,06	n
4 n	0,22	0,12	0,12	n	n	0,16	0,06	0,03	0,08
5 n	0,25	n	0,14	0,25	0,08	n	n	0,10	n
6 n	0,26	n	0,16	n	n	n	n	0,12	n
7 n	0,28	0,16	0,18	n	n	0,25	0,10	0,14	n
8 n	0,29	n	0,20	n	0,12	n	n	0,16	n
9 n	0,30	n	0,21	n	n	n	n	0,19	n
10 n	0,31	n	0,22	n	n	n	0,12	0,20	n
11 n	0,32	n	0,23	n	0,16	n	n	0,22	n
12 n	0,33	n	0,25	n	n	n	n	0,25	0,25
13 n	0,35	n	n	n	n	n	n	0,26	n
14 n	0,36	0,25	n	n	n	0,50	0,25	0,28	n
15 n	0,37	n	n	0,37	0,25	n	n	0,30	0,32

Tartaro Stibiato—Dose media per adulti: 0,1 grm. (come emetico).

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. B.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,018	0,008	0,004	n	n	0,009	n	n	n
9 mesi	0,020	0,007	0,006	n	n	n	n	n	n
1 anno	0,025	0,009	0,008	0,025	0,010	0,010	0,010	0,004	0,008
2 anni	0,032	0,013	0,014	n	n	0,013	n	0,008	0,013
3 n	0,040	0,016	0,020	n	0,012	0,025	n	0,012	n
4 n	0,045	0,025	0,025	n	n	0,033	0,012	0,016	0,016
5 n	0,050	n	0,029	0,050	0,016	n	n	0,020	n
6 n	0,052	n	0,033	n	n	n	n	0,025	0,025
7 n	0,055	0,033	0,036	n	n	0,050	0,020	0,029	n
8 n	0,057	n	0,040	n	0,025	n	n	0,033	n
9 n	0,060	n	0,042	n	n	n	n	0,037	n
10 n	0,062	n	0,045	n	n	n	0,025	0,042	n
11 n	0,065	n	0,047	n	0,033	n	n	0,045	n
12 n	0,067	n	0,050	n	n	n	n	0,050	0,050
13 n	0,070	n	n	n	n	n	n	0,054	n
14 n	0,072	0,050	n	n	n	0,100	0,050	0,059	n
15 n	0,075	n	n	0,075	0,050	n	n	0,062	0,066

Sublimato—Dose per adulti: 0,01 grm.

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. B.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,0018	0,0008	0,0004	n	n	0,0009	n	n	n
9 mesi	0,0020	0,0007	0,0006	n	n	n	n	n	n
1 anno	0,0025	0,0009	0,0008	0,0025	0,0010	0,0010	0,0010	0,0004	0,0008
2 anni	0,0032	0,0013	0,0014	n	n	0,0013	n	0,0008	0,0013
3 n	0,0040	0,0016	0,0020	n	0,0012	0,0025	n	0,0012	n
4 n	0,0045	0,0025	0,0025	n	n	0,0033	0,0012	0,0016	0,0016
5 n	0,0050	n	0,0029	0,0050	0,0016	n	n	0,0020	n
6 n	0,0052	n	0,0033	n	n	n	n	0,0025	0,0025
7 n	0,0055	0,033	0,0036	n	n	0,0050	0,0020	0,0029	n
8 n	0,0057	n	0,0040	n	0,0025	n	n	0,0033	n
9 n	0,0060	n	0,0042	n	n	n	n	0,0037	n
10 n	0,0062	n	0,0045	n	n	n	0,0025	0,0042	n
11 n	0,0065	n	0,0047	n	0,0033	n	n	0,0045	n
12 n	0,0067	n	0,0050	n	n	n	n	0,0050	0,0050
13 n	0,0070	n	n	n	n	n	n	0,0054	n
14 n	0,0072	0,0050	n	n	n	0,010	0,0050	0,0059	n
15 n	0,0075	n	n	0,0075	0,0050	n	n	0,0062	0,0066

Antipirina—Dose per adulti: 1,0 grm.

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. B.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,18	0,03	0,04	"	"	0,09	"	"	"
9 mesi	0,20	0,06	0,06	"	"	"	"	"	"
1 anno	0,25	0,09	0,08	0,25	0,10	0,10	0,10	0,04	0,08
2 anni	0,32	0,13	0,14	"	"	0,13	"	0,08	0,13
3 "	0,40	0,16	0,20	"	0,12	0,25	"	0,12	"
4 "	0,45	0,25	0,25	"	"	0,33	0,12	0,16	0,16
5 "	0,50	"	0,29	0,50	0,16	"	"	0,20	"
6 "	0,52	"	0,33	"	"	"	"	0,25	0,25
7 "	0,55	0,33	0,36	"	"	0,50	0,20	0,28	"
8 "	0,57	"	0,40	"	0,25	"	"	0,33	"
9 "	0,60	"	0,42	"	"	"	"	0,37	"
10 "	0,62	"	0,45	"	"	"	0,25	0,40	"
11 "	0,65	"	0,47	"	0,33	"	"	0,45	"
12 "	0,67	"	0,50	"	"	"	"	0,50	0,50
13 "	0,70	"	"	"	"	"	"	0,52	"
14 "	0,72	0,50	"	"	"	1,0	0,50	0,56	"
15 "	0,75	"	"	0,75	0,50	"	"	0,60	0,66

Oppio in polvere—Dose per adulti: 0,05 grm.

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. B.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,008	0,002	0,002	"	"	0,004	"	"	"
9 mesi	0,010	0,003	0,003	"	"	"	"	"	"
1 anno	0,012	0,004	0,004	0,012	0,005	0,005	0,005	0,002	0,004
2 anni	0,015	0,006	0,007	"	"	0,006	"	0,004	0,006
3 "	0,020	0,008	0,010	"	0,006	0,012	"	0,006	"
4 "	0,022	0,012	0,012	"	"	0,016	0,006	0,008	0,008
5 "	0,025	"	0,014	0,025	0,008	"	"	0,010	"
6 "	0,026	"	0,016	"	"	"	"	0,012	"
7 "	0,028	0,016	0,018	"	"	0,025	0,010	0,014	"
8 "	0,029	"	0,020	"	0,012	"	"	0,016	"
9 "	0,030	"	0,021	"	"	"	"	0,019	"
10 "	0,031	"	0,022	"	"	"	0,019	0,020	"
11 "	0,032	"	0,023	"	0,016	"	"	0,022	"
12 "	0,033	"	0,025	"	"	"	"	0,025	0,025
13 "	0,035	"	"	"	"	"	"	0,026	"
14 "	0,036	0,025	"	"	"	0,050	0,025	0,028	"
15 "	0,037	"	"	0,037	0,025	"	"	0,030	0,032

Nitrato di Stricnina—Dose per adulti: 0,005 grm.

Età	Hufeland	Gaubius	Young	Köhler	Ph. R.	Baginsky	Silbermann	Cowling	Seifert
6 mesi	0,0008	0,0002	0,0002	„	„	0,0004	„	„	„
9 mesi	0,0010	0,0003	0,0003	„	„	„	„	„	„
1 anno	0,0020	0,0004	0,0004	0,0012	0,0005	0,0005	0,0005	0,0002	0,0004
2 anni	0,0015	0,0006	0,0007	„	„	0,0006	„	0,0004	0,0006
3 „	0,0020	0,0008	0,0010	„	0,0006	0,0012	„	0,0006	„
4 „	0,0022	0,0012	0,0012	„	„	0,0016	0,0006	0,0008	0,0008
5 „	0,0025	„	0,0014	0,0025	0,0008	„	„	0,0010	„
6 „	0,0026	„	0,0016	„	„	„	„	0,0012	„
7 „	0,0028	0,0016	0,0018	„	„	0,0025	0,0010	0,0014	„
8 „	0,0029	„	0,0020	„	0,0012	„	„	0,0016	„
9 „	0,0030	„	0,0021	„	„	„	„	0,0019	„
10 „	0,0031	„	0,0022	„	„	„	0,0012	0,0020	„
11 „	0,0032	„	0,0023	„	0,0016	„	„	0,0022	„
12 „	0,0033	„	0,0025	„	„	„	„	0,0025	0,0025
13 „	0,0035	„	„	„	„	„	„	0,0026	„
14 „	0,0036	0,0025	„	„	„	0,0050	0,0025	0,0028	„
15 „	0,0037	„	„	0,0030	0,0025	„	„	0,0030	0,0032

Nell' esame dei testè cennati dosamenti, non si può non restare meravigliati dello stato in cui oggi si trova codesta quistione. In fatti, dall'esame di queste dosi risulta, che ai bambini di 6 mesi si può dare 1|30 della dose per adulti, e che questa dose può essere portata fino ad 1|6, cioè essere addirittura cinque volte maggiore. La dose per un bambino di un anno può oscillare fra 1|24 ad 1|4 (cioè sei volte di più) di quella per un adulto; la dose per un bambino di 3 anni può oscillare fra 1|8 - 2|5 della dose completa. Per i bambini di 4 anni i singoli autori assegnano una dose che oscilla fra 1|8 ad una cifra che poco si allontana da 1|2. Per i bambini di 5 anni la differenza è alquanto minore, e proprio oscilla da 1|6 - 1|2. Le dosi per i bambini dal quinto anno in poi divengono sempre più inintelligibili ed infondate. Anzitutto risalta il fatto stranissimo, che la dose media per il secondo periodo dell'infanzia è minore di quella per il primo. Inoltre, si constata il fatto non meno sorprendente, che le dosi medie per diversi periodi dell'infanzia in alcuni casi sono completamente eguali. Il fatto che il dosamento dei medicamenti per i bambini oscilla in limiti così ampî, è tanto più deplorevole, in quanto che il massimo delle ineguaglianze e delle differenze si ha proprio nel primo periodo dell'infanzia, per il quale sarebbe appunto a desiderare, che la po-

sologia avesse limiti rigorosamente tracciati e che l'arbitrio del medico, su tale riguardo, potesse campeggiare il meno possibile.

§ 5.

Vedremo ora quali risultati si ottengono esaminando il dosamento dei rappresentanti di diversi gruppi farmacologici secondo la Tabella di paragone, da me addotta.

Secondo il mio modo di vedere, i 10 esempî qui addotti sono più che sufficienti ad illustrare la incompletezza dei metodi proposti per la posologia dei bambini. Pienamente convinto, che le Tabelle da me riportate avvalorano il mio concetto fondamentale più che qualsiasi ragionamento, mi contenterò di dare alcune spiegazioni nonchè le illazioni, più importanti dal punto di vista della pratica, e la conoscenza delle quali deve servire al medico pratico in certo qual modo come un usbergo, per tutelarsi dal capitare nell'errore di seguire troppo pedissequamente le dosi prescritte in questa od in quella Tabella.

Paragonando fra di loro le Tabelle qui riportate, risalta il fatto, poco intelligibile dal punto di vista scientifico, che a bambini di diversa età potrebbero essere prescritti medicamenti in dose eguale, per ottenere un risultato apparentemente eguale. Così, per es., la stessa dose è stata prescritta per bambini di 9 mesi, di 3, 5 e 7 anni; nonchè per quelli di 1, 4, 6, 8 e 10 anni; nonchè per quelli di 6 mesi di 1 e 2 anni: e finalmente per quelli di 5, 7, 12, 14 e 15 anni. Dosi approssimativamente eguali sono state permesse per bambini di 2, 6 ed 8 anni; nonchè per quelli di 6 mesi e 4 anni; per quelli di 4 e 10 anni, e finalmente per quelli di 6 e 13 anni.

Codesta ineguaglianza delle dosi medicamentose per i bambini, raccomandate dai diversi autori, è tanto grande, che adoperando uno di questi metodi di dosamento, accade che vengono prescritti medicamenti in quantità tale, che—anche quando essi sieno dotati di debole azione—possono non essere innocui. E, viceversa, adoperando un altro metodo, può accadere, che i medicamenti vengano prescritti in quantità così piccola, che è difficile, o finanche impossibile, di ottenere un effetto curativo.

Esaminando la Tabella delle dosi per uno dei medicamenti più innocui, cioè per il *citrato di magnesia*, si resta bentosto convinti, che quanto testè ho affermato è esatto. Infatti, è lecito accampare la domanda: si può, senza rischiare una pericolosa flogosi dell'intestino, somministrare ad un bambino di 6 mesi, non solo 3,75 grm., ma finanche 7,8 grm., e ad un bambino di 9 anni 11,25 grm. di citrato di magnesia in una volta? Certa-

mente che no; e basterebbe infatti addurre soltanto che nelle Tabelle di altri autori per bambini della stessa età vengono prescritte dosi 3 e persino 7 volte più piccole. È difficile decidersi di propinare ad un bambino di 4 anni 20,25 grm. o finanche 15,0 grm. di citrato di magnesia, benchè d'altro lato le stesse dosi sieno state raccomandate per bambini di 11 anni.

Soltanto in casi relativamente rari vengono ben tollerati 0,07 grm. di *lattato di ferro* da bambini di 6 mesi, 0,08 grm. da bambini di 9 mesi, e 0,1 grm. da bambini di 1 anno, perchè in questo periodo della vita il canale digerente si altera anche per cause lievissime. D'altro lato, è difficile sperare un'azione terapeutica da 0,1 grm. di lattato di ferro in bambini di 10 anni, oppure di 0,13 grm. in bambini di 11 anni.

Lo stesso può dirsi per il *cloridrato di chinina*, che dato in quantità di 0,12 grm. a bambini di 1 anno, può provocare disturbi intensi che non sono punto a desiderare; mentre propinato alla stessa dose in bambini di 10 anni non abbassa la temperatura, e quindi non esplica neppure un'azione antimalarica.

Del *salicilato sodico* si può dire con certezza, che 1,0 grm., e finanche 0,5 grm. a bambini di 6 mesi, oppure 1,5 grm., od anche un mezzo grm. a bambini di 1 anno, provocano pericolosissimi disturbi gastro-enterici, e talvolta anche qualche cosa di peggio. La dose di salicilato sodico testè cennata è troppo grande anche per bambini di 8 anni, e ciò malgrado alcuni autori la prescrivono per bambini di quattro, e qualche volta financo per quelli di tre anni. Infine, nessuno dovrebbe permettersi di prescrivere ad un bambino di 5 o 7 anni, che soffre attacchi di reumatismo articolare acuto, dosi di 3,0 grm. di salicilato sodico, qualunque sieno le condizioni in cui egli versa. Del resto, la dose da me stabilita per adulti è relativamente grande; però, per ottenere la guarigione di questa malattia, è assolutamente permissibile quando non venga ripetuta più di due volte al giorno.

Il *bromuro potassico* viene tollerato con relativa facilità; però; nella pratica pediatrica è meglio sostituirlo col corrispondente sale di soda. Nel primo periodo dell'infanzia il sistema nervoso è molto eccitabile, e facilmente va soggetto ad accessi d'irritabilità grave e pericolosa; il pediatra ha allora a sua disposizione il bromuro sodico, del quale può non solo permettersi di darne dosi relativamente alte benanco a piccolissimi bambini, ma è persino a desiderare che faccia ciò. Vero è, che anche questo mezzo, amministrato per la via della bocca, può esplicare un'azione nociva sul tubo enterico dei bambini; tuttavia, a ciò non si bada molto, quando si tratta di far dissipare, il più rapida-

mente che sia possibile, l'eccitabilità patologica del sistema nervoso. Per tale motivo, è indicata anche una dose di 0,5 grm. a bambini di 5 anni, e di 0,25 grm. a bambini di un anno, mentre una quantità di 0,16 - 0,20 grm. non riesce a calmare rapidamente ed in grado sufficiente il sistema nervoso di bambini di 5 anni.

E, quindi, un risultato anche minore si può ottenere da 0,25 grm. di bromuro sodico per bambini di 10 anni. D'altro lato, è difficile accettare ad occhi chiusi una dose elevata di bromuro sodico per bambini di 6 e 9 mesi, benchè anche in questi possano presentarsi talvolta circostanze, le quali ne giustifichino l' uso.

In opposizione diretta al bromuro sodico sta—per ciò che concerne il dosamento—il *tartaro emetico*. Quanto più piccoli sono i bambini, tanto più bisogna andar cauti nella somministrazione di questo mezzo, per cui nel primo anno della vita bisogna darne dosi molto minori di quelle che si dovrebbero prescrivere, volendosi attenere alla Tabella stabilita in base all'età. Non soltanto 0,018 grm. in un bambino di 6 mesi, ma anche 0,01 grm. alla fine del primo anno, 0,04 grm. a bambini di 3 anni, oppure 0,05 grm. a bambini di cinque anni possono facilmente produrre una infiammazione acuta della mucosa gastrica, e quindi una prostrazione generale delle forze, colle sue gravi conseguenze. Inoltre, bisogna anche tener presente la possibilità, che il tartaro emetico venga assorbito dal sangue, esplichi un' azione nociva sul cuore, e produca il quadro di un collasso completo.

Benchè i *preparati mercuriali* secondo l'opinione della maggior parte degli autori e secondo le mie osservazioni personali vengano tollerati con relativa facilità dai bambini, e benchè di rado provochino in questi i sintomi del mercurialismo acuto e cronico, che sono tanto frequenti negli adulti ; ciò nonpertanto le dosi di sublimato, indicate nelle Tabelle per i primi due anni della vita, e specialmente per il periodo della lattazione, debbono essere ritenute come troppo elevate. Pur prescindendo da che una grande quantità di questo potente farmaco può spiegare un' azione nociva sulla mucosa dello stomaco, perchè l' irrita; anche l' attività digerente in tali condizioni ne scapita per l' azione antifermentativa, che è peculiare del sublimato. È facile comprendere che basta tal fatto a paralizzare tutta l'azione benefica che il farmaco dovrebbe esplicare in altro senso (Th. Escherich) (1). A causa delle rilevanti differenze che si vedono nelle Tabelle

(1) Vedi le mie Lezioni sulle Malattie dei Bambini:—Boljesni piczschevaritelnago kanala. Kiew, 1889, pag. 113.

circa il dosamento del sublimato per bambini di una sola e medesima età — così, per es., ne vengono assegnati 0,0045 grm. per bambini di 4 anni, 0,0004 e 0,0025 grm. per bambini di 1 anno, oppure 0,0025 e 0,0062 grm. per bambini di 10 anni— i risultati debbono essere parimenti diversi, giacchè una mediocre quantità di sublimato corrosivo spiega sempre un'azione benefica sul processo patologico originario, e non altera punto l'attività digerente, o la migliora persino qualora sia disturbata. Per contro, una dose rilevante apporta un difetto nell'evacuazione dell'alvo, diarrea, e disturbo nell'assimilazione degli alimenti introdotti.

Adoperando le diverse Tabelle per il dosamento, non solamente possono trarsi false deduzioni sul valore del farmaco, ma sorgere anche pericoli, per cui il medico si vede costretto a smettere l'uso di un medicamento indubbiamente utile. Quando la dose è molto elevata, non si riesce a valutare bene l'azione del farmaco; quando è troppo piccola non si riesce, anche se si osservi colla massima attenzione il decorso del processo patologico, a riconoscere se ed in qual modo agisce.

L'*antipirina* alla dose di 0,09 - 0,18 grm. per bambini di 6 mesi, e di 0,1 - 0,25 grm. per bambini di 1 anno, può produrre un effetto tanto intenso, che va perduto qualsiasi desiderio di continuarla ad amministrare. Però, la stessa antipirina in dose di 0,25 grm. a bambini di 10 anni riesce poco utile.

Tenendo conto della grande sensibilità dei piccoli bambini verso i farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale, ne risulta che una notevole dose di *oppio* e di *stricnina* non può che cagionare conseguenze pericolose, giacchè o produce un sonno fortissimo, spesso senza risveglio, oppure favorisce la comparsa di convulsioni alle quali è molto proclive l'organismo infantile. Sicchè, quando si adoperano tali farmaci, è imperiosamente indicata la massima cautela nella dose, senza esagerare nel senso opposto.

§ 6.

Riserbandomi di trattare più minutamente quest'argomento in un altro lavoro, in base a Tabelle comparative sulla posologia dei farmaci per bambini, nei diversi paesi, esporrò qui ancora alcuni dati importantissimi, che possono servire di guida al pediatra nell'arduo còmpito del dosamento dei medicamenti.

Nella determinazione della singola dose di *salicilato sodico* si procede per lo più arbitrariamente. E. Maurin per un motivo non molto fondato ritiene frustraneo dare questo medicamento a bambini che contano meno di 7 anni: per quell'età egli permette la dose

di 3,0 grm.—A partire dall'età di 8 anni, A. VEILLARD e MASSINI prescrivono il salicilato sodico alla dose di 1,0 - 2,0 grm., J. SIMON ai bambini di 10 anni lo dà in dose di 4,0 grm., mentre O. SEIFERT, H. ASHBY, A. WRIGHT nonchè N. FILATOW lo danno soltanto alla dose di 0,5 grm.; H. GUTTMANN propone di darlo in dose anche minore: 0,1 - 0,2 grm. Oppostamente ad E. MAURIN—il quale contesta la necessità di dare il salicilato sodico ai bambini del primo periodo dell'infanzia—V. MASSINI e SEIFERT determinano la dose per i poppanti a 0,12 - 0,16 grm.—H. GUTTMANN condivide l'opinione di R. DEMME, il quale ritiene che una dose di 0,3 grm. per fanciulli di 15 anni sia sufficiente, propinandola ad intervalli di non più di due ore. La dose stabilita da N. FILATOW, la quale è più esatta di tutte le altre, corrisponde quasi completamente al metodo di COWLING.

Circa l'uso del *bromuro potassico*, alcuni autori stabiliscono regole troppo schematiche, le quali non hanno alcuna base scientifica. TH. TANNER ed A. MEADOWS nonchè H. GUTTMANN risolvono facilmente la quistione del dosamento, giacchè essi consigliano di aggiungere, per ogni anno della vita, 0,06 grm., colla differenza però, che i primi prendono, come punto di partenza per la fine del periodo della lattazione, la dose di 0,24 grm., mentre GUTTMANN ritiene come opportuna la dose di 0,6 grm., cioè una dose quattro volte minore. E quasi altrettanto rilevanti sono le differenze fra la dose assegnata da N. FILATOW e quella stabilita da H. HERZENSTEIN, benchè quest'ultimo, senza alcun motivo, ometta la dose per i primi tre mesi della vita. La discrepanza che si riscontra nei singoli autori circa il dosamento, è oltremodo rilevante. Ai bambini, che hanno oltrepassato il periodo della lattazione, viene prescritto il bromuro di potassio nella seguente dose: 0,18 grm. (H. ASHBY e A. WRIGHT), 0,2 grm. (H. ZIEMSSEN), 0,24 grm. (TH. TANNER e A. MEADOWS), e persino 0,3 grm. (J. SIMON). Quest' ultima dose è addotta da H. ASHBY ed A. WRIGHT nonchè da H. ZIEMSSEN per i bambini di 2 anni; mentre J. SIMON per quest'età consiglia 0,48 grm. Ai bambini di 3 anni si possono dare, secondo A. VEILLARD, 0,3 grm. per dose; secondo H. ZIEMSSEN, 0,5 grm.—Oltremodo interessante riesce lo studio del dosamento del *bromuro potassico* per bambini di circa 10 anni. O. SEIFERT propone, per quest'età, 0,5 grm., H. GUTTMANN 0,6 grm.; la massima dose secondo N. FILATOW per i bambini di 9, e secondo H. HERZENSTEIN per i bambini di 10 anni, ascende a 1,2 grm.; mentre J. SIMON per i bambini di 11 anni propone soltanto 0,3 grm. per dose. Secondo E. MAURIN, gli effetti del bromuro potassico sull' organismo sono di duplice specie: ipnotici ed anticonvulsivi; e, corrispondentemente a ciò, egli propone, per

i fanciulli di 15 anni, ora 0,3 grm., ora 1,0 grm; mentre O. SEIFERT propina soltanto quest'ultima dose; ed H. HERZENSTEIN per la cennata età propina 2,4 grm., ed H. ZIEMSSEN ne raccomanda 2,0 grm. per bambini di 12 anni. Come *pendant* a ciò, richiamo l'attenzione dei colleghi sulle dosi molto caute che prescrivono V. MASSINI e W. REITZ, e su quelle temerarie di A. VEILLARD, che si permette di amministrare ai bambini quantità a piacere di bromuro potassico, e proprio *usque ad effectum*.

Anche sul *lattato di ferro* havvi tale un' enorme discrepanza nelle dosi che prescrivono i singoli autori, che non si riesce a comprenderne il perchè. Nella maggior parte dei casi si nota una tendenza (difficile a spiegare) di dare dosi troppo piccole ; ed in parecchi autori i limiti per il dosamento di questo medicamento sono tanto augusti, che sembra come se le dosi venissero prescritte per bambini della prima età. Probabilmente questa mia spiegazione è arbitraria, ma non saprei darne altra. H. ZIEMSSEN ritiene come sufficiente, per bambini di 2 anni, 0,01 grm., e, per quelli di 12 anni, 0,1 grm. pro dosi; per i bambini di 8 anni propone la metà di quest' ultima dose. N. FILATOW ritiene 0,06 grm. come dose esatta per bambini di 4 anni, e 0,18 grm. per ragazzi di 12 anni. Finanche la dose massima di HERZENSTEIN è relativamente piccola, se si riflette che essa per i bambini di 1 anno ascende a 0,04 grm. e per quelli di 10 anni soltanto a 0,12 grm. Questo fatto è tanto più strano, in quanto che E. MAURIN ai bambini di 7 anni prescrive 0,05 grm. per dose, ed a quelli di 15 anni 0,5 grm. I più angusti limiti nel dosamento del lattato di ferro si trovano in E. ELLIS, W. REITZ ed H. GUTTMANN; quelli più ampî in A. VEILLARD e J. SIMON nonchè in V. MASSINI; molto sconfinati in O. SILBERMANN.—H. ZIEMSSEN si pronunzia contro l'uso del lattato di ferro nei poppanti. È difficilissimo, quindi, orizzontarsi in mezzo a queste dosi così discrepanti, proposte dai singoli autori, soprattutto se si consideri che, secondo HERZENSTEIN, la dose per bambini di 3 anni oltrepassa soltanto di 0,005 grm. quella per bambini di 1 anno, e che la dose doppia per bambini di 3 anni è simile a quella per bambini di 5 anni. Inoltre, riesce difficile accettare un dosamento, secondo il quale una dose per bambini di 6 mesi è soltanto 4 volte più piccola di quella per bambini di 10 anni.—In fine, fo rilevare che O. SEIFERT propone di prescrivere il ferro ridotto dall'idrogeno in quantità tanto minime, che il medico non è punto autorizzato a sperare qualche effetto da dosi di 0,05 grm. per ragazzi di 15, o da 0,01 grm. per bambini di 10 anni.

Circa l' impiego della *chinina* come *specifico* ed *antipiretico*, si nota una grande analogia, e si potrebbe anche dire identità,

nelle dosi prescritte da A. Veillard, J. Simon, E. Maurin e V. Massini; però, le dosi stabilite da questi autori, specie quelle per i poppanti, ci sembrano troppo rilevanti. Chi può mai consigliare di propinare a bambini, che stanno alla fine del primo anno della vita, 0,15 grm. di cloridrato o di solfato di chinina pro dosi, e tanto meno, come fa E. Maurin, di dare questa dose a bambini che non ancora contano 6 mesi? E, d'altro lato, come si fa ad accettare la prescrizione di 1 grm. pro dosi per bambini di 15 anni (E. Maurin, V. Massini) o finanche di 12 anni (H. Ziemssen); mentre secondo H. Guttmann, N. Filatow ed O. Seifert per quest'età sarebbero sufficienti 0,4 - 0,75 grm., e, secondo le dosi massime di G. Herzenstein, 0,6 grm.? Le dosi stabilite da H. Ashby e da A. Wright nonchè quella di W. Reitz permettono parimenti d'introdurre quantità relativamente grandi di chinina nell'organismo infantile. Inoltre, qui merita di essere preso in considerazione anche il fatto, che havvi discrepanza eziandio sulla singola dose da amministrare a bambini della stessa età. Secondo A. Veillard, J. Simon, V. Massini a bambini di tre anni si potrebbero dare 0,25 - 0,30 grm.; secondo G. Herzenstein 0,12 grm.; secondo H. Ziemssen 0,5 grm.

Per giudicare fino a qual punto le dosi di chinina, prescritte dai singoli autori, corrispondano alle regole generali su tale proposito, accennerò soltanto i dati stabiliti da H. Ziemssen e da V. Massini. Ammettendo, come fa il primo di questi autori, la dose di 1,0 grm. per bambini di 12 anni, ne risulta—secondo il metodo di Cowling—che ai bambini di 5 anni si dovrebbero dare 0,4 grm., ma non già 0,6 grm. Ammessa la stessa dose per bambini di 12 anni, essa dà, secondo Young, pressochè 0,6 grm. per bambini di 5 anni; secondo Hufeland 0,75 grm.; ma per bambini di 3 anni darebbe 0,6 grm. invece di 0,5 grm. Nella Tabella della Farmacopea Russa una sola dose per bambini di 3 anni ascende a 0,24 grm., e non già a 0,2 grm. come prescrive Massini. Ammettendo, come fa quest'ultimo autore, 0,1 grm. come dose per bambini di 14 anni, ne segue, secondo Gaubius, come dose per bambini di 7 anni, 0,6 grm., ma non 0,4 grm.; per bambini di 4 anni 0,48 grm. invece di 0,3 grm.; e per bambini di 2 anni 0,24 grm. invece di 0,2 grm. In fine, nelle stesse condizioni, risulta—secondo la Tabella di O. Silbermann — per bambini di 7 anni un pò meno di 0,4 grm., mentre A. Baginsky porta questa dose a 0,5 grm.

Da tutto quest'assieme risulta che la maggioranza, per non dire la totalità degli autori, così antichi come recenti, ha stabilito dosi più o meno originali, salvo poi a smetterle in tutto od in parte per seguire la rutina generale.

E ciò che ora è stato detto per la chinina, può applicarsi per tutti gli altri farmaci, e perciò, in quello che ora andrò a dire, mi occuperò esclusivamente della valutazione delle dosi proposte dai singoli autori, senza occuparmi di esaminare il loro rapporto verso i metodi generali, e della determinazione della dose a seconda dell'età.

Per ciò che concerne il *tartaro emetico*, fa d'uopo—considerando che è un potente agente terapeutico — tener conto finanche di piccole differenze nel dosamento. Facendo questa indagine, si nota che le differenze fra le singole dosi non sono meno rilevanti di quelle che si hanno nei medicamenti dotati di debole azione. O. Seifert consiglia di non dare ai bambini il tartaro emetico durante tutto il periodo dell'allattamento, mentre E. Maurin crede che si possa prescriverlo dopo la prima dentizione. D'altro lato N. Filatow propone che ai bambini fino all'età di 1 anno si possa darne 0,009 grm., mentre Maurin ne prescrive 0,01 grm. per quelli di 7 mesi. E. Ellis ritiene 0,006 grm. come dose minima; ed H. Guttmann porta opinione che 0,01 grm. sia completamente sufficiente anche per bambini del secondo periodo dell'infanzia. Th. Tanner ed A. Meadows credono che a bambini di 3 anni non si possa darne più di 0,0075 grm. pro dosi; ed O. Seifert afferma lo stesso anche per bambini di 5 anni. Secondo E. Maurin, a fanciulli di 15 anni si può dare una sola dose di tartaro stibiato in quantità di 0,15 grm.; mentre la dose massima per la stessa età ascende, secondo G. Herzenstein, pressochè a 0,06 grm. La dose massima per bambini di 7 anni ascenderebbe, secondo O. Silbermann, a 0,04 grm.; secondo B. Hirsch, a 0,05 grm. anche per bambini che stanno alla fine del secondo anno. W. Reitz incomincia la dose con 0,03 grm.; mentre la dose massima di O. Silbermann per il periodo dell'allattamento è di 0,02 grm., e quella di Hirsch ascende soltanto a 0,01 grm.

Basta già un esame superficiale delle diverse dosi di *sublimato corrosivo* per far rilevare chiaramente, che le dosi raccomandate da O. Seifert sono 10, e finanche 20 volte minori di tutte le altre; che mentre J. Simon ritiene possibile — per bambini di 2 anni—una dose di 0,015 grm., A. Veillard ne propone una di 0,003 grm. per bambini della stessa età; che V. Massini ritiene possibile dare 0,01 grm. di sublimato a fanciulli di 15 anni, mentre A. Veillard per quest'età prescrive 0,02 grm. V. Massini ritiene come del tutto sufficiente 0,005 grm. così per bambini di 7 come per quelli di 12 anni. N. Filatow dà la stessa dose anche a bambini di 6 anni; mentre la dose massima di G. Herzenstein per bambini di 10 anni l'oltrepassa soltanto di 0,001 grm.

Le differenze abbastanza rilevanti nel dosamento dell'*antipirina* possono in parte essere scusate col fatto che questo medicamento non è ancora noto colla massima esattezza, benchè io non possa fare a meno di dichiarare francamente che in questo caso preferirei piuttosto di seguire una rutina qualsiasi, anzichè arbitrariamente la quantità delle singole dosi, giacchè gli effetti concomitanti di una dose errata, se non possono produrre un quadro pericoloso, certo è che possono cagionare accidenti spiacevoli. Ed a conferma di quanto asseriamo, valgano i seguenti fatti. H. Guttmann propone di dare 0,06 grm. di antipirina a bambini di 6 mesi; la stessa dose è stata raccomandata da N. Filatow per tutto il primo anno della vita. Però, H. Ziemssen ritiene che per lo stesso periodo della vita 0,08 grm. pro dosi sieno permissibili, mentre O. Seifert ne permette 0,2 grm.—Ai bambini di 2 anni si può, secondo N. Filatow, prescriverne 0,12 grm., secondo H. Ashby ed A. Wright 0,09 grm., secondo H. Ziemssen ed H. Guttmann 0,2 grm., mentre Massini consiglia di darne ai bambini di 4 anni 0,25 grm., e la dose massima di G. Herzenstein per i primi 10 anni è di 0,18 grm. Per i bambini di 4 anni la dose dovrebbe ascendere, secondo H. Ashby ed A. Wright, a 0,18 grm., secondo H. Guttmann a 0,4 grm.—La dose massima per bambini di 5 anni ascende, secondo G. Herzenstein, a 0,3 grm., mentre A. Veillard e V. Massini propongono 0,5 grm., per bambini di 7 anni. H. Ziemssen propone che la singola dose di antipirina per bambini di 5 anni ascenda a 0,6 grm., mentre secondo H. Guttmann essa dovrebbe essere di 0,5 grm.; per contro Filatow ne prescrive una dose anche minore per bambini di 9 anni. H. Ziemssen permette la singola dose di 1,0 grm. per bambini di 12 anni, e Veillard per fanciulli di 16 anni; mentre d'altro lato O. Seifert propone 0,6 grm. come dose sufficiente per fanciulli di 15 anni. Come dose massima, H. Ashby ed A. Wright assegnano 0,35 grm.

Fra tutti i farmaci, dotati di energica azione, che sono stati adoperati nella pratica pediatrica, l'*oppio* occupa meritamente uno dei posti più eminenti, sia per la necessità impellente, e talvolta indispensabile, di adoperarlo anche in bambini di età molto tenera, sia a causa della grande sensibilità dei piccoli bambini verso questo potente farmaco. Si potrebbe supporre che fra i medici pratici vi dovrebbe essere un accordo circa questo agente terapeutico, e che il suo dosamento fosse precisato, perchè anche la differenza minima nelle singole dosi può apportare conseguenze non solo deplorevoli, ma addirittura pericolosissime. Eppure, non è così. H. Ziemssen e G. Herzenstein non assegnano alcuna dose per l'oppio durante il periodo dell'allattamen-

to, e con ciò esprimono l'opinione che sia impossibile propinarlo a bambini di quest' età. H. GUTTMANN va, su tale proposito, anche più oltre, giacchè consiglia di non somministrare punto l'oppio ai bambini fino al terzo anno della vita. Difficilmente si troverà qualche medico che accetti ad occhi chiusi l'opinione di GUTTMANN. W. REITZ ed O. SEIFERT propongono, come singola dose di oppio in polvere, per bambini che stanno alla fine del primo anno della vita, 0,005 grm., mentre VEILLARD ritiene permissibile la dose di 0,008 grm.; ora, su tale riguardo è a rilevare che la dose di VEILLARD sorpassa quella di SEIFERT di tre milligrammi, il che non è punto un fatto indifferente, giacchè trattasi di un farmaco, che già in dose di 1 milligr. può produrre un'intossicazione. Secondo l'opinione di O. SILBERMANN, la dose massima di 0,01 grm. per la fine del periodo della lattazione non può essere ritenuta come innocua, giacchè la stessa dose da A. VEILLARD è stata prescritta per bambini di 2, da O. SEIFERT e da H. ZIEMSSEN per bambini di 5, e da E. MAURIN per bambini di 7 anni. — La dose ordinaria per bambini di 2 anni dovrebbe ascendere — secondo H. ZIEMSSEN—a 0,002 grm., secondo W. REITZ a 0,006 grm. (quest' ultimo cioè propone una dose tre volte maggiore). La dose massima per bambini di 14 anni, proposta da G. HERZENSTEIN, corrisponde alla dose indicata da A. VEILLARD per bambini di 7, ed a quella di H. ZIEMSSENN per bambini di 12 anni. La dose per bambini di 3 anni è di 0,001 grm. maggiore di quella proposta da W. REITZ per bambini di 10 anni, il che equivale a dire che un bambino di tre anni deve avere una dose di oppio maggiore di quella per un bambino di dieci anni. La dose, proposta da H. ZIEMSSEN per bambini di 3 anni, è permessa da E. MAURIN per bambini di 6 mesi. La dose massima di O. SILBERMANN per bambini di 7 anni è di 0,004 grm. più piccola dell'ordinaria dose di A. VEILLARD per bambini di 5 anni.

Esaminando il dosamento del farmaco più pericoloso, fra quelli dotati di azione energica, cioè del *nitrato di stricnina*, si prova una strana e penosa meraviglia. Su tale riguardo si può anzitutto affermare, che la dose minima di questo medicamento in alcuni casi (A. VEILLARD, J. SIMON, V. MASSINI) fu portata a 0,0002 grm., in altri a 0,0003 grm. (N. FILATOW), in 3 casi a 0,0005 grm. (E. ELLIS ed H. GUTTMANN), in 4 casi a 0,0006 grm. (W. REITZ), ed in 5 casi (G. HERZENSTEIN) a 0,00015 grm. La dose massima per un bambino di 1 anno (O. SILBERMANN), quella per bambini di 5 anni (G. HERZENSTEIN), e l'ordinaria dose per bambini di 6 anni (N. FILATOW), sono completamente eguali. La dose massima per bambini di 7 anni, proposta da A. MAURIN, è tre volte

più grande di quella per bambini di 10 anni assegnata da G. Herzenstein. Per bambini di 7 mesi A. Maurin permette una dose, che supera di 10 volte quella per bambini di 1 anno, assegnata da N. Filatow.

§ 7.

Ed ora poche parole sulle dosi di alcuni medicamenti, che non sono stati compresi in alcune Tabelle da me elaborate, affinchè i Colleghi si convincessero sempre più delle enormi contraddizioni che ad ogni piè sospinto s'incontrano nel dosamento di medicamenti, dei quati spesso si fa uso nella pratica pediatrica.

L'*acido tannico* a bambini di 1 anno viene prescritto da N. Filatow in quantità di 0,012 grm. pro dosi, da H. Ziemssen in dose di 0,005 grm.. e da Th. Tanner ed A. Meadows in dose di 0,045 grm. O. Seifert ed A. Maurin raccomandano di non amministrarlo ai bambini durante il periodo della lattazione. Per i bambini di 5 anni T. Tanner ed A. Meadows prescrivono una dose di 0,075 grm., H. Ziemssen una di 0,01 grm., O. Seifert una dose di 0,005 grm., e G. Herzenstein una dose di 0,04 grm. N. Filatow raccomanda una dose di 0,06 grm. di acido tannico per bambini di 9 anni, mentre la stessa quantità è raccomandata da G. Herzenstein come dose massima per bambini di 10 anni, da W. Reitz come dose massima in genere, e da E. Ellis nonchè da E. Maurin come dose minima. Come dose ordinaria per bambini di 15 anni E. Maurin ritiene la quantità di 1,0 grm., O. Seifert soltanto 0,2 grm., Come dose massima per bambini di 14 anni, G. Herzenstein propone una quantità un pò superiore a 0, 12 grm.

Circa l' *acqua di mandorle amare*, ci sarebbe a rilevare che nelle dosi di essa si notano grandi differenze fra autori tedeschi e russi, quantunque la composizione di questo mezzo nelle due farmacopee sia eguale. Per bambini fino all'età di 1 anno N. Filatow ed H. Ziemssen ne prescrivono 0,06 grm. pro dosi; mentre H. Guttmann e W. Reitz raccomandano di darne la stessa quantità già nei primi mesi della vita. O. Seifert riprova la prescrizione dell'acqua di mandorle amare nel periodo della lattazione. G. Herzenstein ritiene la cennata dose come il maximum per la fine del primo anno; mentre la dose massima prescritta da O. Silbermann per quest'età ascende a 0,2 grm. Per i bambini di 2 anni la dose assegnata da H. Ziemssen e da N. Filatow è di 0,12 grm., mentre W. Reitz ritengono come possibile di propinare la stessa dose già a bambini di 4 mesi, ed H. Guttmann a quelli che stanno a termine del primo anno della vita, mentre G. Herzenstein vorrebbe che venisse ritenuta come maximum

per bambini di 3 anni. La dose di 0,18 grm. viene prescritta da H. ZIEMSSEN per bambini di 5 anni, da W. REITZ per bambini di 12 mesi, e da H. GUTTMANN per bambini di 8 anni. La dose assegnata da H. GUTTMANN per bambini di 4 anni è identica alla dose massima prescritta da G. HERZENSTEIN per bambini di 5 anni. E la dose massima fissata da G. HERZENSTEIN per bambini di 14 anni è più piccola dell'ordinaria dose per bambini di 12 anni, indicata da H. ZIEMSSEN.

Dell'*estratto di giusquiamo* N. FILATOW ai bambini di 1 anno ne dà una quantità di 0,06 grm., mentre W. REITZ ritiene possibile di prescrivere la stessa dose anche a bambini di 6 mesi. Secondo G. HERZENSTEIN la dose massima di estràtto di giusquiamo ascende, alla fine del periodo della lattazione, a 0,0075 grm., mentre SILBERMANN fissa la stessa dose a 0,02 grm. Il limite estremo della dose è stabiltto da H. GUTTMANN e da O. SEIFERT a 0,001 grm., da MASSINI a 0,01 grm., cioè dieci volte più grande.

Secondo l'opinione di H. ZIEMSSEN e di C. SEIFERT, ai bambini che stanno nel periodo della lattazione non si dovrà dare la *folia herbae digitalis*. E. MAURIN ritiene possibile dare a bambini di 7 mesi fino a 0,03 grm. di *folia herbae digitalis pro dosi*. Secondo G. HERZENSTEIN la dose massima di questo preparato dovrebbe ascendere a 0,01 grm., a termine del primo anno, e secondo O. SILBERMANN al doppio. Anche in riguardo al limite per le singole dosi vi sono grandi differenze: 0,005—0,01 grm. (V. MASSINI), a 0,015—0,03 grm. (W. REITZ), 0,03—0,045 grm. (E. ELLIS). Nè minore è la discrepanza che domina fra gli autori, circa le dosi da somministrare dell'estratto di foglie di digitale, come si può restare facilmente convinti, paragonando i dati di B. HIRSCH, H. GUTTMANN, W. REITZ, V. MASSINI, J. SIMON, A. VEILLARD ed H. ZIEMSSEN.

Molto importante è il dosamento del *clorato di potassa*, giacchè le quantità rilevanti di esso possono produrre quei risultati, che sono divenuti tristamente celebri. Tanto più penoso riesce il constatare le notevoli differenze nella dose di questo medicamento per bambini della stessa età. Così, per es., H. ZIEMSSEN non permette affatto di propinare il clorato di potassa nel periodo della lattazione; mentre E. MAURIN permette che venga dato in quantità di 0,05 grm. finanche a bambini di 7 mesi; ed O. SEIFERT ed A. VEILLARD lo raccomandano alla dose di 0,1 grm. alla fine del primo anno; N. FILATOW ne dà soltanto 0,03 grm., ed H. TANNER ed A. MEADOWS 0,04 grm. Per bambini di 3 anni O. SEIFERT ed H. ZIEMSSEN permettono 0,2 grm. pro dosi; G. HERZENSTEIN fissa come dose massima 0,12 grm. Per bambini di 5 e di 9 anni di-

versi autori hanno proposto dosi eguali (H. Ziemssen, Th. Tanner ed A. Meadows, N. Filatow).

Per il *fosforo*, che negli ultimi tempi è stato riconosciuto come un buon farmaco per la guarigione della rachitide, il dosamento non ancora è ben determinato. E mentre alcuni autori disputano ancora se si possa permetterlo, soprattutto in quell'epoca in cui occorre più di frequente la cennata affezione, H. Ziemssen consiglia di non somministrare il fosforo prima del secondo anno della vita, Seifert vuole che non venga propinato pria che termini il primo anno, ed E. Maurin prima che termini il settimo anno. La dose ordinaria assegnata da N. Filatow per bambini di due anni, supera la dose massima che G. Herzenstein consiglia per bambini di tre anni. Ai bambini di 7 anni E. Maurin permette la stessa quantità, che G. Herzenstein consiglia come il maximum per bambini di 10 anni, e come la dose ordinaria per bambini di 12 anni.

Le stesse differenze, relativamente a dose, si hanno pure per la *polvere di Dower*, la cui composizione è quasi ovunque identica. Mentre essa viene prescritta in modeste dosi da H. Ziemssen, che somministra alla fine del periodo della lattazione 0,001 grm., ai bambini di 3 anni 0,003 grm., ed a quelli di 12 anni 0,05 grm.; mentre O. Seifert la propina pure in dosi molto modeste, giacchè ai bambini di 2 anni ne dà soltanto 0,005 grm., a quelli di 10 anni 0,03 grm., ed a quelli di 15 anni 0,05 grm. pro dosi; si nota che la dose di O. Seifert per bambini di 10 anni, e quella di H. Ziemssen per bambini di 8 anni, viene prescritta da N. Filatow, da Th. Tanner e da A. Meadows per bambini di un anno. H. Ashby ed A. Wright prescrivono una dose di 0,06 grm. alla fine del periodo della lattazione, N. Filatow a bambini di due anni; mentre la dose massima per il secondo anno della vita è fissata da B. Hirsch a 0,05 grm., ed O. Silbermann a bambini di 7 anni ne dà soltanto 0,04 grm. Interessante è pure il fatto, che mentre Th. Tanner ed A. Meadows a bambini di tre mesi danno una dose di 0,015 grm,, V. Massini ne raccomanda una di 0,0004 grm.

Mentre alcuni autori sconsigliano di dare la *santonina* ai bambini nel periodo della lattazione, altri la prescrivono in dosi molto elevate: 0,05 grm. per bambini di 2 anni (A. Veillard), 0,15 grm. per bambini di 7 anni (E. Maurin), 0,36 grm. per bambini di 5 anni (Th. Tanner ed A. Meadows). A ciò si potrebbe contrapporre una serie di dosi abbastanza modeste di H. Ziemssen (secondo il quale a bambini di 12 anni si è autorizzati a dare soltanto 0,1 grm. di santonina) e di Guttmann, secondo il quale 0,03 grm. di santonina possono essere dati soltanto a bam-

bini di 14, e 0,05 grm. a bambini che già abbiano compito il 15° anno. Se a ciò si aggiunge, che la dose massima assegnata da G. HERZENSTEIN per bambini di 14 supera quella di O. SEIFERT per bambini di 15 anni, e che ai bambini di 10-15 anni si potrebbe dare una dose di santonina che oscilla da 0,4-0,45, ne risulta nettamente che neppure su questo farmaco le opinioni degli autori circa il dosamento sono ben fondate.

In ultimo menzionerò pure il dosamento dello sciroppo di *joduro di ferro*, il quale è un medicamento che ha una vasta applicazione nella pratica pediatrica; però, spesso non viene tollerato dal tubo enterico a causa della quantità sproporzionatamente grande in cui viene somministrato, mentre altre volte non esplica alcuna influenza sull'organismo, perchè dato in dose troppo piccola. Benchè la composizione dello sciroppo di joduro di ferro nella farmacopea tedesca ed in quella russa sia identica, O. SEIFERT prescrive questo medicamento in dose di 0,06 grm. ai bambini nel periodo della lattazione, mentre N. FILATOW lo dà in quantità di 0,18 grm., cioè tre volte di più. Ai bambini di 5 anni SEIFERT dà 0,3 grm. di sciroppo di joduro di ferro, e FILATOW ne dà una quantità maggiore a bambini di 2 anni. A. VEILLARD ne dà una dose di 1,0 grm. a bambini di 12 anni, E. MAURIN lo dà in dose di 0,5 grm. a bambini di 7, e J. SIMON in dose di 8,0 grm. a bambini di 5 anni.

§ 8.

I corollarî, che si possono trarre dai dati qui esposti, mi permetto di compendiarli come segue:

1) Havvi necessità urgente di modificare il dosamento dei medicamenti per i diversi periodi dell'età infantile, e codesta modificazione va fatta sopra una base corrispondente al progresso della Scienza.

2) Le opinioni dei diversi autori circa il criterio fondamentale per determinare la dose pei singoli medicamenti, nonchè sul valore delle regole di dosamento proposte in diversi tempi, come pure sulle cause che, oltre all'età, hanno un' influenza sul dosamento, sono troppo vaghe, e spesso contraddittorie.

3) Fra tutti i metodi proposti per il dosamento dei medicamenti, le Tabelle di GAUBIUS, di HUFELAND, di YOUNG e di COWLING sono quelle che più corrispondono allo scopo della pratica. Però, a ciascuna di esse si possono fare gravissimi appunti, per cui nessuna può essere riguardata come soddisfacente dal punto di vista scientifico

4) Le Tabelle di paragone dei singoli dosamenti come pure le dosi medie, stabilite in base al criterio dell' età, dimostrano

in modo non dubbio l'insussistenza più o meno grande della regola principale su cui s'incardinano i rispettivi principii.

5) Una serie di esempii di dosamento, fatta in base ai diversi metodi, come pure i dati dei singoli autori, fanno convincere chiaramente che questi dati si fondano ben poco sui metodi generali, e rappresentano dosi arbitrarie, fondate su concetti puramente subbiettivi.

In un prossimo lavoro dimostrerò i motivi dell'insussistenza scientifica di quei dosamenti che si basano sulla coetaneità, e dinoterò pure la via che deve seguire il medico pratico nel prescrivere la ricetta per il bambino infermo.

LA CURA DELLA PERTOSSE TENTATA COLLA VACCINAZIONE

per il Dott. **FRANCESCO PESTALOZZA**.

(*Cont., vedi: Anno XI. Fasc. I. pag. 33*).

La benefica influenza dell'innesto vaccinico nella pertosse, lontanamente intuita dallo Jenner, validamente propugnata dallo Chapman nel 1838, testè rediviva grazie al Pesa, seriamente confermata dai citati recenti osservatori, non è però a credere che per sì lungo lasso di tempo sia stata dai pratici e dagli autori dimenticata; fra i quali, se pochi ne dissero male molti invece sono quelli che con occhio più mite e imparziale la giudicarono; ciò almeno emerge dalle indagini che mi tornò possibile compiere. Giuseppe Frank ha la priorità nel dichiarare per favola l'indicazione del vaccino nella pertosse: contro la quale esso non ha assolutamente, a detta di De La Berge e Constant (1855), nessuna virtù profilattica. Roger osserva che i bambini, vaccinati nei primi tre mesi della vita, contraggono la pertosse sia prima che dopo la vaccinazione. Ammette però che la febbre vaccinica possa in alcuni casi attenuare il numero e la intensità degli accessi di tosse spastica; ed il Somma G. commenta che lo stato febbrile essendo leggiero e transitorio, così gli effetti benefici sono di una durata effimera, e di una efficacia derisoria. « La vaccina non è dunque, conclude il Roger, a nostro modo di vedere, che un rimedio superfluo nelle tossi convulsive benigne, e del tutto impotente nelle forme gravi ». Nel 1886 il Berrueco spezza una lancia contro la pratica dell'inoculazione vaccinica nella profilassi e cura della pertosse; ed il G. Somma, unendoglisi, scrive: « A conti fatti, la vaccina non è lo specifico della pertosse; essa non

presenta, nè tampoco attenua stabilmente la intensità dell'affezione. In vista quindi della sua inutilità o per lo meno inefficacia in confronto di tanti altri mezzi sperimentati proficui, noi stimiamo che essa debba essere bandita dalla terapia razionale della tosse convulsiva ». Ultimi a stare così recisamente sulle negative sono i prof. DE BONIS e FASANO che al I° Congresso pediatrico italiano, ribatterono al PESA che le loro osservazioni personali fanno negare alla vaccinazione qualunque influenza sulla pertosse.

Risaliamo addietro: ANDRAL fra gli specifici preconizzati e impiegati, si dice, con successo contro la coqueluche, pone il vaccino, osservando in proposito e saggiamente che i metodi di cura che riescono bene in alcune circostanze, falliscono in altre: ciò dipende da modificazioni dell'organismo o del mondo esterno, la cui natura e essenza ci sono completamente sconosciute. — Con RILLIET e BARTHEZ, la vaccinazione, da qualche medico consigliata, può essere posta tra i preservativi della pertosse, ma l'esperienza non si è ancora pronunciata sulla sua efficacia.—Consono il GALLIGO: « alcuni hanno consigliata la vaccinazione siccome capace a preservare dall'ipertosse, ma l'esperienza non ha per anco confermate cosiffatte asserzioni...... La vaccinazione si adopererà nei fanciulli, che per anco non ebbero il vaiuolo nè naturale nè innestato, nei quali al dire del GRINA, del BOCCARDI, dell'ORLANDINI, del FABBRONI e del DURANDO valse a mitigare la durata e la intensità dell'ipertosse ».—La vaccinazione, secondo il BOUCHUT, che fu consigliata per prevenire questa malattia, fallisce allo scopo; essa non offre qualche vantaggio che per diminuire la durata del morbo, ed essa allora non agisce che come causa d'uno stato febbrile intercorrente, capace di sospendere gli accidenti spasmodici.

Sulla virtù profilattica dell'inoculazione vaccinica contro la pertosse io qui non m'intrattengo, giacchè oltre non avere in proposito alcuna esperienza, non forma essa argomento di questo lavoro che solo tocca della cura di detta malattia tentata colla vaccinazione: la cui efficacia preservativa sembra essere nulla, se pensiamo che la tosse canina non cessa di cogliere preferibilmente l' infanzia da 1 a 4 anni, epoca in cui noi si suole vaccinare e rivaccinare i bambini. Poco male del resto durante un' epidemia di tosse convulsiva, mentre si vaccinano bimbi infermi a scopo curativo, vaccinarne altri a scopo profilattico, e dato l'esito positivo dell'operazione Jenneriana, verificare se quest'ultimi ammalano in seguito di pertosse.

Fatti abbastanza numerosi, fededegni, innegabili, indiscutibili provano invece che l'innesto vaccinico tentato quale cura in pertossici, ne produsse in breve correre di tempo la guarigione o

notevolissimo miglioramento. Sono fatti positivi constatati imparzialmente, sinceramente al letto dell'infermo; fatti positivi che resistono alle asserzioni di coloro che negano l'utilità della pratica, dal Pesa risuscitata, senza mai averne fatto clinico esperimento; e che non vengono menomati nella loro importanza, nella loro realtà dalle considerazioni del Somma, del Roger, dai fatti negativi del De Bonis, del Fasano. Noi non asseriamo nè pretendiamo che la vaccinazione sia lo specifico della pertosse; ma i successi ottenuti, certe osservazioni antiche, certi studii moderni non ce la fanno credere e scartare come terapia irrazionale, come rimedio superfluo, inutile, d'azione effimera o irrisoria.

E poi: i pertossici, vaccinati senza alcun vantaggio curativo, in quale periodo del loro morbo vennero innestati? quale l'esito della vaccinazione? e non si emise il giudizio sul suo valore terapeutico dopo 4-5 giorni di disillusione? e se si propinò qualche medicamento contro la pertosse, forse che esclusivamente ad esso si volle attribuire la guarigione o il miglioramento? quanti infine i casi che autorizzarono a dichiarare nullo il beneficio dell'innesto vaccinico contro la tosse asinina? Pochi o tanti che sieno, essi non equivalgono che una volta di più a confermare una verità in medicina risaputa, che cioè come non vi sono malati sicuramente guaribili con questa o quella cura, così non vi sono rimedii infallibili contro una data malattia, compresi quelli d'azione così detta specifica, compresi i tanti altri mezzi contro la pertosse sperimentati proficui; non escluso quindi il vaccino.

Ciò sapeva lo Chapmann, col quale nei pertossici vaccinati sarebbero *generalmente* scomparsi i sintomi più allarmanti; ciò non sfuggì, siccome vedemmo, all'Andral; ciò verificò, tra gli altri, il Guaita.

Stabilita così sulla solida base d'una splendida e numerosa casistica clinica la reale efficacia curativa della vaccinazione nella pertosse, vediamo a quali ammaestramenti e conclusioni ci è lecito giungere dopo quanto abbiamo innanzi comunicato e discorso.

I bambini possono essere innestati col vaccino, qualunque sia la loro età, qualunque sia la mitezza o gravità della loro pertosse, anche nei casi con prognosi riservatissima, magari infausta. Si vaccinano tanto pertossici vergini ancora di qualsiasi cura sia igienica che farmaceutica, quanto pertossici in cui ogni sussidio igienico e curativo è già disgraziatamente stato tentato e fallito. Nei casi in cui è noto, la linfa vaccinica adoperata fu l'animale dell'Istituto vaccinogeno dello Stato, e quella del Comitato milanese. Il successo della pratica dello Chapman è legato direttamente e ineccezionalmente al successo della vaccinazione: se questo manca od è incompleto o parziale, quello è del tutto

o quasi nullo: può però avvenire che l'inoculazione Ienneriana abbia risultato brillante senza per questo influire beneficamente sulla malattia (casi del GUAITA): Guariscono più presto coloro, nei quali la vaccinazione meglio riuscì per numero di pustole e per intensità di fenomeni generali (MARGARA, PESTALOZZA). Bisogna dunque vaccinare pertossici, che ancora non abbiano subito vajuolo o innesto vaccinico felice: tentare la rivaccinazione, quando presumibilmente la loro immunità contro il virus vaccinico opinasi cessata o dubbia. « Si potrebbe obbiettare, sorge a ribattere il MARGARA, che la pertosse affettando per regola generale bambini da due o quattro anni per lo più vaccinati da poco, in essi riuscirebbe inutile la cura in discorso, perchè ben difficilmente la vaccinazione attecchirebbe ancora, quindi detta cura non si potrebbe applicare che nei rari casi in cui la malattia si diffondesse a piccoli bambini non ancora vaccinati. Ma a ciò si risponde che appunto in questo caso s'abbisogna di un rimedio pronto ed efficace, perchè in queste piccole creature la malattia assume un carattere di gravità che non ha per i bambini più grandicelli. E poi non è vero che la vaccinazione sia sempre sfavorevole in bambini da poco vaccinati; in taluni attecchisce ancora, e specialmente in quelli dove fu proficua la prima volta per cui la cura anche in questi si potrebbe sempre tentare ». Ed io, che ho fatta pari constatazione clinica, accetto pienamente l'avviso dello stimato collega.

In quale stadio della tosse canina dovremo noi vaccinare i bambini? JENNER, ripeto e se è vero, consiglia fra il 12° o 15° giorno dall'invasione del male. CHAPMANN, passato il periodo febbrile della pertosse, che è quanto dire nel periodo convulsivo, siccome praticò la maggior parte degli osservatori: si vaccinò nondimeuo favorevolmente anche nel periodo catarrale (MARGARA, PESTALOZZA, SAVIO). Per SOMMA, col quale la sola febbre vaccinica può in qualche caso attenuare la durata e la violenza degli accessi sia pure in modo più o meno lieve e transitorio, « perchè ciò possa verificarsi, è indispensabile che la inoculazione venga fatta a tempo, cioè quando l'organismo è già sotto l'incubo della infezione, ed anche meglio quando l'infezione è all'acme; in altro sito scrive: « noi crediamo che, qualora si voglia, a malattia confermata, sperimentare l'influenza della vaccinazione, questa dovrà essere praticata verso il 12°-15° giorno di malattia, e non perfettamente dopo dileguato lo stadio febbrile dell'affezione...... Sembrami indispensabile, aggiunge più sotto, che la inoculazione vaccinica si attui possibilmente nei primi 15 giorni dell'affezione, se si brama in qualche caso constatare possibilmente l'attenuazione della violenza degli accessi ».

A togliere certe stonature che quisopra si rilevano, e per rispondere con maggiore precisione alla fattaci domanda, gioverebbe che quanti in seguito intendessero volenterosi ritentare la pratica dello Chapman, ne indicassero la data colle frasi: a principio o a fine dello stadio catarrale o primo—a principio o all' acme dello stadio secondo o convulsivo. Perchè si sa: la numerazione dei giorni è molto vaga, essendo variissima la durata dei singoli periodi, e non sempre possibile stabilire in quale giorno cominciò la malattia. Del pari vaga è l'espressione—passata la febbre,—giacchè se nel primo periodo la febbre con taluni di rado manca, se nel secondo con taluni qualche volta esiste, hanvi altri (Baginsky e Mercier) che insegnano essere la pertosse un morbo essenzialmente apirettico in ogni suo stadio, qualunque elevazione termica designando sue complicazioni, specie polmonari: elevano anzi costoro a criterio diagnostico differenziale, in primo tempo, il catarro afebbrile. Arrogi che se nel periodo catarrale, l'ipertermia, che nei varii suoi gradi è ritenuta comune, può cogli uni toccare i 40° C., cogli altri invece è poca, si riduce a un lieve e passaggiero movimento febbrile (Eichhorst). È però vero che nel periodo convulsivo la febbre di solito manca: raramente esistendo, è lieve, se alta e ostinata, denota qualche complicanza.

L' efficacia curativa della vaccinazione manifestasi o comincia a manifestarsi col Margara all' 8° giorno, nel periodo cioè dell'efflorescenza delle pustole vacciniche—col Cachazo, quando scoppia la febbre prodotta dalla pustolazione—col Pestalozza, al sopravvenire della maturazione delle pustole e della febbre — col Savio, verso l'8°-9° giorno.

Effetti curativi: scomparsa dei sintomi più allarmanti, specialmente nervosi (Chapman)—scomparsa degli accessi di tosse, surrogati da tosse catarrale non accessionale (Cachazo)— accessi di tosse più rari e meno intensi (Margara, Pestalozza)—accessi di tosse più brevi, più rari, espettorazione più facile, vomito meno frequente; ritorno dell'appetito (Savio)—diminuita durata del morbo (Vogel) — sospensione degli accidenti spasmodici (Bouchut). Quanto ai vaccinati nel periodo catarrale, si notò abolizione o mitezza e brevità del periodo convulsivo (Margara, Pestalozza). Nessuno degli affetti da pertosse e vaccinati perì.

Vogel constatò la guarigione nei pertossici trattati colla pratica dello Chapman dopo 7-10 giorni, Margara dopo 12, Cachazo dopo 8-10, Pestalozza dope 15, Guaita dopo 17-22, Savio dopo 10-14-15.

Queste le risultanze della casistica comunicata ; è nondimeno di massimo interesse che i futuri osservatori tengano scrupolosa

nota degli accidenti e complicazioni che concomitano così di sovente la pertosse, quando vaccinano bambini o fanciulli che ne sono affetti, per meglio valutare l'entità e quantità degli effetti terapici raggiunti, e l'indicazioni o controindicazioni di tale pratica.

Sul come poi agisca la vaccinazione nella cura della pertosse, variano le opinioni. JENNER e VERARDINI toccano in genere di cambiamenti rilevanti nella compage organica che per essa s'avverano in vantaggio degli innestati: BOUCHUT, ROGER e SOMMA G. esclusivamente alla febbre vaccinica addebitano le possibili migliorie: EICHHORST riferisce che da alcuni si credette a un'azione specifica del virus vaccinico contro il pertossico, e tra i rimedii vantati specifici contro la tosse canina, insieme alla tintura di cantaride, alla propilamina, alla pilocarpina, riporta l'uso interno delle pustole vacciniche polverizzate: EUTRIKIN e GASPERINI parlano d'azione antagonistica fra virus vaccinico e pertossico.

Nel 1885 l'illustre CANTANI fa la famosa comunicazione preventiva sui suoi primi felici tentativi di batterioterapia nella tubercolosi, il cui principio razionale, avvalorato dal controllo sperimentale, non viene certo, a parer mio, infirmato nella sua essenza dalle opposizioni che SORMANI, RIVA, BRUGNATELLI e tanti altri sia italiani che stranieri gli vanno muovendo. « Il fatto sperimentale, scrive il clinico napoletano, noto a tutti che si occupano di batteriologia, che certi microfiti, capitando in colture di dati schizomiceti patogeni, distruggono questi completamente, sottraendo loro il terreno alimentare o in altro modo togliendo loro le condizioni di vitalità e fertilità, assieme alle considerazioni della utilità di certi cambiamenti climatici di aria e di acqua in certe malattie, mi ha destato l'idea di usufruire di questo potere invadente di batterii innocui, per combattere con essi direttamente l'azione de' batterii patogeni nell'ammalato ». Questo il lampo che illuminò la mente del PESA, invano affaticantesi a debellare la pertosse che nell'autunno 1884 infieriva nella sua condotta. « Non potrebbe, pensò, una innocua inoculazione vaccinica produrre in un bambino affetto da pertosse quei benefici effetti che il CANTANI ha ottenuto inalando *bacterium termo* in un tubercolotico? » Provò, riuscì e consigliò non al deserto la riprova. La pratica, mercè sua rediviva, è fondata sul concetto della concorrenza vitale dei microrganismi, i quali pure, come tutti i viventi in natura, con armi ineguali combattono accanitamente per l'esistenza. « Ora, nel caso nostro, spiega egli, si può ammettere che i bacilli del vaccino, penetrando in un organismo già invaso dai bacilli della pertosse, diano luogo a prodotti del ricambio materiale nocivi a' preesistenti patogeni, formando così un ambiente contrario, impossibile per questi ultimi. Oppure è

possibile che questi istessi prodotti della vita, di cui molte volte sollecitamente e fortunatamente l'organismo si sgombra, rinforzino e moltiplichino l'attività dei così detti fagociti, (le sentinelle dell'organismo, come le chiama il CANTANI) i quali, disfattisi del preesistente batterio, scendono in lizza più agguerriti e temibili contro il più forte sopraggiunto. O anche si può supporre con maggiore probabilità, che « con grandi quantità di microrganismi innocui, destinati ad essere travolti verso gli organi eliminatori, si esercita e rinforza la virtù fagocitica degli elementi cellulari, donde risulta un aumento di resistenza organica contro l'aggressione di batterii patogeni » (WISSOKOWITSH). Diverse importanti osservazioni pubblicate dal dr. DE BIASE sulla benefica influenza dell'eresipela nella malaria, confermano pienamente queste conclusioni. «Evidentemente la geniale idea del CANTANI...... è destinata ad allargare gli orizzonti della profilassi e cura de' morbi infettivi ». Ma qui imparzialmente differenzia la batterioterapia del CANTANI, il cui concetto è quello di combattere microbi patogeni con batterii comuni, innocui, dai casi osservati dal DE BIASE, somiglianti alla pratica del FEHLEISEN (che curò il lupus suscitando nel focolaio un processo resipelatoso), il cui principio è di combattere microrganismi patogeni con microrganismi parimenti patogeni (sifilizzazione ecc.). « I miei esperimenti invece, termina, pur non collimando perfettamente col concetto del CANTANI, vi si accostano molto: perchè io, con le inoculazioni di pus vaccino nella pertosse, vengo a produrre *in un organismo già in preda di un' infezione, un'altra, sulla cui benignità o innocuità non si ha mai o rarissimamente occasione di dubitare* ».

Passata la commozione che avevano destata i pertossici da lui guariti colla vaccinazione, l'acuto dottor MARGARA provossi, meditando, di spiegare il fenomeno. « Sapevo, stampa, che il vaiuolo generale, affettando certi individui, li aveva guariti da malattie croniche ribelli; questo fatto lo aveva già osservato lo stesso JENNER, ed il dottor GAROFOLI parla di un caso di febbre palustre che aveva resistito a qualunque cura, da cui l' ammalato guarì in seguito a vajuolo generale. Il mio venerato maestro il prof. CONCATO avea tentato di spiegare questa potenza *Metasincritica* o *Sanatrice* con nefriti speciali, ed illustrò alcune storie cliniche, ma questa spiegazione, oltre ad essere contraddetta da altri osservatori, non vale a spiegare l'azione sanatrice della vaccinazione nella pertosse. Per me l'ipotesi migliore e la spiegazione più probabile che si possa dare del fatto sta nell'ammettere, che mercè la vaccinazione si sviluppino nel sangue de' vaccinati certe speciali *Ptomaine*, le quali non permettano più la

esistenza nello stesso individuo al microbio patogeno della pertosse. L'impossibilità che due specie de' microbii possano vivere nello stesso mezzo di cultura, la osservano tutto giorno i batteriologi nei gabinetti; si può quindi ammettere per analogia che ciò che succede fuori dell'organismo, possa succedere dentro al medesimo, non essendo il nostro sangue che un grande liquido di cultura di microparassiti. Convalida questa ipotesi anche il fatto, che la pertosse guarì più presto in quei bambini in cui si ebbero più pustole e febbre più intensa, il che suona formazione maggiore di *Ptomaine*.

La batterioterapia, applicazione curativa modernissima, è basata tutta sull'impossibilità che due date famiglie diverse di microparassiti vivano nello stesso mezzo; a questo proposito giova ricordare la celebre scoperta del Prof. Cantani..... Del resto ciò non esce dall'orbita delle supreme leggi della natura, perchè, come nota un filosofo positivista, Hebert Spehcer, « il mondo non è che un campo chiuso in cui gli esseri viventi combattono una continua e implacabile lotta tra di loro ». Potrebbe anche supporsi, che il *micrococco tetrageno* che il Marotta crede patogeno tanto del vaiuolo umano quanto del vaccino e sono di questo parere anche il Bareggi ed il Verardini, come rende intensamente alcaline le culture dove si alleva, alcalinizzi anche il sangue dei vaccinati e diminuisca così il processo catarrale dei bronchi, che trovasi tanto intenso nei malati di pertosse, determinando una pronta guarigione. Rendendo alcalino il sangue, migliorano i processi catarrali delle mucose; questa verità è conosciuta da tutti i trattatisti che usano le sostanze alcaline nei processi catarrali. Altro io non saprei aggiungere per spiegare questo fatto, per cui ne lascio lo studio ad osservatori di me più dotti e più profondi. A chi mi dicesse che senza spiegarla resta allo stadio di nozione empirica, io rispondo che la Terapia è quasi tutta fondata sull'Empirismo, tant'è vero che dei due principali rimedii specifici che la medicina possiede, il chinino ed il mercurio, non si conosce ancora il meccanismo d'azione sull'organismo umano per quanti studî ed ipotesi si siano fatti da valentissimi scienziati nel giro di molti anni. Ed io auguro all'umanità che un giorno abbia a possedere un rimedio specifico per ogni malattia; anche a costo che la Scienza non giunga mai a spiegarne il modo d'azione.

Esposto così lo stato attuale della questione concernente il meccanismo d'azione curativa dell'innesto vaccinico nella pertosse, sembrerebbe naturale che sul proposito anch'io emettessi l'opinione mia, sul pro e sul contro delle surriferite divergenze discutessi, dichiarando infine a quale ipotesi io fossi per asso-

ciarmi. Ma non mi sento da tanto da sciogliere questo nodo gordiano; ciò solo asserisco, che un pò di via giusta l'abbiamo già percorsa, che alla meta ci siamo già un pochino avvicinati, che un pò di buono c'è forse dappertutto, che non bisogna essere poi troppo esclusivisti. A suo tempo, clinici, sperimentatori, batteriologi e batterioterapisti risponderanno. La questione però è talmente importante ed ardua, ha tali attinenze con alcune osservazioni cliniche antiche e recenti, con alcuni nuovi orizzonti che si aprono alla nostra mente febbrilmente indagatrice, che non posso ristarmi dal fare qui, in via generale, una qualche considerazione, un qualche ricordo clinico sperimentale: è un sassolino, anzi un granellino di sabbia che porto all'edificio, e forse non inutile. (*continua*).

CONTRIBUTO ALLA RINITE PSEUDOMEMBRANACEA

COMUNICAZIONE AL II. CONGRESSO PEDIATRICO ITALIANO (Napoli, 1892).

del Prof. **PIETRO MASUCCI.**

Signori,

Le poche parole che vado a dire, e per le quali domando il vostro benevole ascolto, concernono una quistione di principio, e si riferiscono ad un argomento che, quantunque sembri vecchio e già investigato in tutti i suoi punti, ciò nondimeno all'occhio del clinico presenta ancora alcuni lati del tutto nuovi, ed in quelli che già taluni vorrebbe battezzare come pervestigati *intus et in cute*, non mi sembra che sia giunto il momento di poterli riguardare come un capitolo scritto dalla prima all'ultima parola, e perciò pervenuto al punto da non essere costretto a ritornarvi più sopra.

Uno di questi capitoli è la cosidetta *rinite pseudomembranacea* la cui intima natura fino a questi ultimi tempi gli autori curarono poco di accertare. Se non vado errato fu SCHUELLER il primo a descriverla, ma quasi nulla egli disse sulla sua patogenesi. HENOCH nella prima edizione del suo libro lasciò indecisa la quistione se trattavasi di una affezione difterica o meno. HARTMANN, SEIFERT, MOLDENHAUER nella descrizione dei casi da essi osservati non presero a disamina la quistione relativa all'intima essenza della malattia. BISCHOFSWERDER che osservò tre casi di *rinite pseudomembranacea* nella Clinica di BAGINSKI negò che si trattasse di una flogosi crupale specifica, e riguardò la malattia come una forma di corizza ordinaria, ma molto intensa. Neppure nelle relazioni di PORTER, di NEWCOMB, di HUNT, di SCHEI-

MANN si trova accennato alcun che di positivo sull' etiologia di questa affezione.

In Italia fra gli autori che precedentemente alla scoverta del bacillo di KLEBS-LOEFFLER hanno descritto casi di difteria primaria del naso, va citato anche il Dott. G. SOMMA (1887) che ne ha riferito due casi, i quali però, io non posso qui prendere in considerazione, perchè quantunque il Dott. DE RITIS avesse praticato la ricerca batteriologica, la quale rivelò « *numerosi e piccolissimi cocchi, senza una disposizione speciale nella spessezza della membrana, e senza stare insieme ad altre forme di cocchi e di bacilli* »; ciò nondimeno non fu fatta (nè lo poteva essere) la ricerca del bacillo difterogeno; e perchè le ricerchè recentissime dello ZAUFAL, del MOOS, del NETTER e degli altri batteriologi contemporanei, hanno dimostrato ad evidenza che nella cavità nasale ed orale sono contenute anche allo stato fisiologico, batterii di svariata specie e finanche patogeni.

MAGGIORA E GRADENIGO dopo poco tempo potettero eseguire, per essere progredito meglio la tecnica batteriologica, ricerche più minute, e vi rinvennero lo *stafilococco piogene aureo* che riguardarono come il fattore causale dell'affezione. Nella seduta tenuta il 16 Novembre del 1891 della Società medica di Berlino, HENOCH dichiarò che questa affezione gli dava l'idea come se si trattasse di una difteria a corso prolungato, però non si pronunziò definitivamente sul proposito, perchè mancava l'esame batteriologico. Poco dopo LIENEN diede a luce una relazione nella quale riferì i risultati dell'esame batteriologico delle membrane fibrinose; affermò di avere rinvenuto uno *stafilococco* che però non era l'ordinario *piogene*, ma presentava con esso una grande analogia. Egli affermava che questo *stafilococco* dovesse essere il produttore delle membrane, perchè avendo applicato un tampone imbevuto di una cultura di questo *stafilococco* sulla mucosa nasale previamente causticata e rimasta piagata, dopo la caduta dell'escara avrebbe osservato la formazione dell'essudato.

Nel primo fascicolo dell'Archivio italiano di Pediatria, e nel 2° fasc. degli Archivii italiani di Laringologia, entrambi del 1892, il Dott. CONCETTI pubblicò due casi di rinite fibrinosa nel quale l' esame batteriologico gli fece rilevare la presenza del bacillo di LOEFFLER. Contemporaneamente a lui STAMM in Germania otteneva lo stesso reperto, e ciò che è più entrambi praticarono esperimenti d' inoculazioni sui conigli e ne ebbero risultato positivo, giacchè si riprodusse la malattia, e l'autopsia mostrò il reperto che si constata dopo le inoculazioni del bacillo di LOEFFLER, cioè edema emorragico della pelle nel punto della iniezione, flogosi parenchimatosa del fegato e dei reni, in alcuni

la *miodegeneratio cordis* ed intensa albuminuria. Ciò è quanto ho potuto raccogliere nella rispettiva letteratura; passo ora a riferire un caso di rinite pseudo-membranacea da me osservato.

Non ha guari ebbi occasione di visitare una bambina a 6 anni, la quale da poco tempo aveva superato una forma di eruzione cutanea acuta, che dai caratteri descritti dalla madre, pare siasi trattato di scarlattina, di cui ne furono contagiati altri due suoi figliuoli uno di 8 l'altro di 4 anni. Dopo la convalescenza era apparsa la corizza, e fin da venti giorni prima che la bambina mi fosse stata condotta, le cominciò a venir fuori dal naso un liquido brunastro nel quale si notava altresì qualche piccola membrana. All'esame rinoscopico notai in ambedue le fosse nasali anteriori la presenza di membrane bianco-giallastre, facilmente asportabili con la pinza, la rimozione delle quali cagionava lieve fuoriuscita di sangue. Inoltre era notevole un abbondante secrezione muco-purulenta che veniva fuori dalle narici. La mucosa delle fauci presentava un colore normale. Non ingorgo glandolare, non albumina nell'urina. L'esame degli organi delle cavità toraciche ed addominali non fa rilevare nulla di abnorme. Temperatura 37°. Benchè la bambina non fosse stata isolata, pure non si verificò contagio in famiglia.

È chiaro che per fare con esattezza la diagnosi occorreva lo esame batteriologico; epperò nel secondo giorno che rividi l'inferma, asportai piccole membrane dal naso, e pregai un collega versato nelle ricerche batteriologiche di esaminarle per constatare se in esse vi fosse il bacillo di LOEFFLER, ma il responso fu negativo. E quantunque la sua competenza non mi autorizzasse a dubitare del risultato, pure dopo tre giorni asportai altre false membrane per fare ripetere l'esame da un altro batteriologo, e questa volta fu anche negativo.

In base al citato reperto batteriologico veniva spontaneo alla mente il dilemma: o che i casi osservati dal CONCETTI e dallo STAMM fossero di natura ben diversa da quelli che io aveva sott'occhio, oppure che nelle ricerche batteriologiche istituite nel mio caso fosse sfuggito agli esaminatori la presenza di codesto bacillo. Sicchè per addivenire ad una conchiusione positiva occorrevano ulteriori osservazioni, le quali mi furono fornite dalla visita che testè feci in alcune cliniche estere.

Infatti in quella di CAPART di Bruxelles ebbi ad osservare due casi consimili al mio, in uno l'esame batteriologico fu positivo nell'altro negativo, quest'ultimo era in persona di un fanciullo a 9 anni, l'origine della malattia datava da oltre due mesi, ed il Dott. CHEVAL (aiuto del CAPART) mi faceva notare che quantunque in casa vi fossero due fratelli e due sorelle dell'infermo, pure in questi non si determinò contagio. Aggiungerò che nell'infermo non vi era alcun'accenno a paralisi. A Francoforte interpellai sul proposito il BRESGEN, il quale mi asserì di avere osservato

parecchi casi di rinite pseudomembranacea, nei quali però non avea praticato l'esame batteriologico, aggiunse che inclinava ad ammettere essere il processo di natura flogistico; ed a Berlino il FLATAU anch'egli mi assicurò avere osservato tre casi di rinite pseudomembranacea, nei quali l'esame batteriologico dimostrò assenza del bacillo di KLEBS-LOEFFLER. Nella Policlinica di BAGINSKI il MEIER mi accennò avere osservato quattro casi di rinite pseudomembranacea in bambini di 2 a 4 anni, in tutti furono istituite ricerche batteriologiche, in due il risultato fu positivo, negli altri negativo.—Inoltre ROSENBERG su 24 casi di rinite fibrinosa osservati nella Clinica di FRAENKEL, mi assicurò che la ricerca del bacillo di LOEFFLER fu fatta in più della metà di questi casi, ma quasi mai lo si riscontrò nelle false membrane, neppure col processo di cultura col siero sanguigno. In un sol caso in particelle di membrane asportate direttamente fu notato il bacillo della difteria sotto al microscopio. In questo caso la infermità era in seguito a contagio, poichè un fratello era stato otto giorni prima colpito parimente da rinite fibrinosa, ma poichè era stato già sottoposto alla cura e si era prodotto un notevole miglioramento, non fu praticato in questo l'esame batteriologico. In due casi la rinite fibrinosa era apparsa in seguito a morbillo, ed in due era associata a leggieri fenomeni anginosi senza difteria.

Come spiegare questa discrepanza di risultati? Ecco la dimanda che ripetutamente ho a me stesso rivolta. Se non vado errato la risposta non è tanto difficile come a prima vista si potrebbe credere.

Signori, — Alla presenza di valorosi scienziati io non oso riferire qui neppure per sommi capi la storia della lunga battaglia combattuta nella scienza tra unicisti e dualisti a proposito del crup e della difteria, battaglia alla quale in questo secolo hanno partecipato i più grandi campioni delle nostre discipline, e mi basti segnalare il VIRCHOW, il WALDEYER, il RINDFLEISCH e che oramai pare risoluto a favore degli unicisti. E ad onor del vero, così i criterii clinici come quelli anatomici suffragano l'opinione di coloro che ravvisano identità in queste due malattie; e tale opinione verrebbe oggi sempre più ribadita dalle ricerche recentissime di quegli autori, i quali così nella forma difterica come in quella che solevamo chiamare crupale hanno rinvenuto il bacillo di KLEBS-LOEFFLER,

Ed anche io non ho nulla da obbiettare sul proposito. Nè ritengo come improbabile che lo stesso *virus* che produce il processo difterico possa in talune condizioni restare puramente locale ed avere un decorso più o meno lungo senza fenomeni di grave infezione. Un pendant di tale fatto lo si osserva per es.

nel bacillo tubercolare che qualche volta provoca un affezione puramente locale, mentre altra volta cagiona una grave malattia infettiva, cioè la tubercolosi miliare. Sicchè applicando questo principio all'argomento di cui io tengo parola, ne traggo la il-azione, che i casi di CONCETTI e di STAMM, nei quali fu riscontrato *il bacillo* nella falsa membrana, erano nè più nè meno che una *difteria* nasale rimasta localizzata. Ma allora, domanderete voi, come battezzare il caso da me osservato, nel quale le note cliniche erano su per giù identiche a quelle dei casi dei testè citati autori? A questa domanda io rispondo semplicemente col farvi rilevare, che la battaglia, alla quale poc' anzi ho accennato fra gli unicisti e i dualisti ha fatto negli ultimi tempi perdere un pò di vista quella peculiare forma che GOTTSTEIN qualificò come *laringite idiopatica pseudomembranacea*, una forma nella quale manca il carattere di una malattia infettiva, come per contrario si ha nella laringite difterica. Codesta forma *ex se*, la quale, ripeto, benchè studiata sperimentalmente, è stata un pò negletta negli ultimi tempi, e se non vado errato da qualcuno anche confusa col crup.

Non posso tacere che WEIGERT dimostrò sperimentalmente, che sulla mucosa laringea degli animali può essere prodotta una laringite crupale che rimane localizzata mercè cauterizzazioni con potassa caustica ed altri mezzi simili. È noto pure che HEUBNER nei suoi sperimenti sui conigli potette produrre un crup non infettivo, facendo agire talune cause meccaniche che impediscono la circolazione sanguigna. È risaputo pure che nell'uomo fu osservato una forma di laringite crupale in conseguenza di stimoli meccanici, chimici e termici, così p. es. PALLONE osservò la laringite crupale dopo inalazioni di vapori di cloro; REIMER in un individuo dopo avere ingoiato acido solforico diluito; altri autori la osservarono per l'azione del calore prodotto da vapori di liquidi bollenti; anche dopo l'azione di una temperatura elevata, come per es. nel noto caso di BARTELS, che vide prodursi una forma crupale laringea in persona esposta al calore di un incendio. Nè accennerò ad altri esperimenti di laboratorio, i quali dimostrano che anche altri stimoli specifici possono produrre sulla mucosa una serie di alterazioni flogistiche, le quali inducono la essudazione di un liquido che per la sua coagulabilità spontanea è analoga alla fibrina. E se agli esperimenti di così eminenti scienziati, mi è permesso aggiungere una parola, frutto di osservazioni, dirò: che alcuni caratteri clinici di questa laringite pseudomembranacea si differenziano dal crup difterico.

Io potrei esporvi non pochi casi da me osservati, nei quali benchè la forma clinica era del vero crup, pure il decorso pro-

tratto ad onta di una più o meno grave laringostenosi, l'assenza di albumina nelle urine, l'esame batteriologico negativo (quando qualche volta lo si è potuto eseguire) e tutto il quadro patologico si riassumeva in una stenosi pura e semplice. E talora mentre si stava per praticare la intubazione, la laringostenosi scompariva come per incanto dopo espulse col vomito le false membrane, o forse ingoiate dopo staccate dai conati di tosse, e l'infermo era bello e guarito. Aggiungerò pure che in questi casi mai notai un accenno di contagio quando l'isolamento o non fu praticato, o malamente eseguito ad onta della prescrizione medica, nè mai vi furono postumi.

Di che trattavasi adunque in questi casi? Certo non di crup nel senso di difteria laringea, nè tampoco della laringite stridula, perchè la diagnosi differenziale tra queste due malattie è facilissima essendo ben diversa la forma clinica a voi tutti nota. Nè di laringite ipoglottica acuta, cioè di quella forma che negli ultimi tempi Burow descrisse come *chorditis vocalis inferior*, e Ziemssen sotto il nome di *laryngitis ipoglottica acuta gravis*, perchè l'esame laringoscopico, che spesso mi riuscì di praticare, deponeva contro, ma invece a parer mio trattavasi di laringite pseudomembranacea, *cioè quella inflammazione acuta, il cui prodotto è una essudazione fibrinosa nella libera superficie della mucosa, in cui manca il bacillo di* Loeffler, *e quindi la forma infettiva.*

Sicchè ricapitolando, a me sembra, che pur ammettendo l'identità della laringite difterica con la difteria delle fauci, bisogna però distinguere un altra forma clinica, la quale si chiami come si voglia, ha di caratteristico non essere punto infettiva, di non essere originata dal bacillo di Klebs-Loeffler, sibbene da stimoli chimici, termici ecc. Forse la denominazione di laringite pseudomembranacea proposta dal Gottstein per questa forma patologica calza bene; ad ogni modo se non la si volesse adottare, se ne scelga pure un'altra, non fo quistioni di parole, ma di principii.

E ciò che ho detto a proposito della laringe va applicato pure per le fosse nasali, la cui mucosa può essere colpita primariamente dal processo difterico o crupale, come voglia dirsi, e si ha allora la difteria nasale primaria, purchè l'esame batteriologico faccia rilevare i bacilli di Loeffler come per es. nei casi di Concetti ed in quelli di Stamm, e nei due dei quattro casi della Clinica di Baginski di cui fu fatto l'esame batteriologico nel *Laboratorium des Keiser-Keiserin-Friedrich-Krankenhaus*, ed in uno dei casi di Capart. Invece come riniti pseudomembranacea debbono essere indicati quei casi in cui l'esame batteriologico fu

assolutamente negativo, come per es. in quelli di FLATAU, in altri di BAGINSKI, di FRAENKEL in uno dei due casi di CAPART e nel caso riferito da me.

Conchiudo:

1° L'esame batteriologico nelle rinopatie in discorso carattarizzate dalla presenza delle false membrane è di grande importanza non solo per discernerne l'intima natura, ma è anche importante dal punto di vista pronostico.

2° Son di credere che debbasi dare il nome di rinite pseudomembranacea a quella forma di corizza, che è caratterizzata dalla presenza di membrane fibrinose nelle cavità nasali con assenza o quasi della febbre, mancanza di tumefazione glandolare, facile asportabilità delle false membrane, limitazione del processo alle fosse nasali, decorso più o meno lungo, assenza del bacillo di LOEFFLER. Viceversa quando con questa stessa forma clinica l'esame batteriologico fa rilevare il bacillo di LOEFFLER, si è in presenza di un processo infettivo che bisogna denominare *difteria nasale primaria*. È allora naturalmente che si deve essere *molto più* rigorosi per l' isolamento dell'infermo, e per una medicatura eminentemente antisettica.

3° La stessa distinzione, a parer mio, debba farsi quando questo processo si riscontra nelle fauci o nella laringe. Epperò propongo di denominare faringite o laringite pseudomembranacea, quando manca o è poco accentuata la forma infettiva, e l' esame batteriologico non rivela il bacillo di KLEBS-LOEFFLER. Per l'opposto difteria delle fauci e laringite difterica quando predomina la forma infettiva e vi si riscontra il bacillo di LOEFFLER. E propongo finalmente, per evitare confusione, di sopprimere dalla patologia la parola anglo-scozzese, *crup*, perchè non indica il processo, ma il sintoma, e questo è anche falsato.

UN CASO DI DIFTERITE CRONICA DELLA FARINGE

Nota del Dott. ALBERTO MUGGIA

Assistente della Clinica Medica propedeutica di Torino
Assistente all'Ospedale Maggiore di S. Giovanni.

Da alcuni anni si descrissero certe forme di riniti e laringiti difteriche a decorso cronico accompagnate poco o punto da febbre e non seguite da infezione generale.

Sotto il nome di difteriti a forma prolungata CADET DE GASSICOURT e BAGINSKY descrissero casi, in cui la difterite iniziatasi acutamente alla faringe ebbe un decorso oltre i quindici giorni. Il presente caso appartiene piuttosto a quest'ultimi:

Il giorno 27 Novembre 1891 fui chiamato da un mio amico e collega a visitare il bambino Vittorio M. di mesi 26. Dall'anamnesi risulta: genitori viventi e sani; una sorella morì all' età di 6 anni e cinque anni fa di difterite: prese latte mercenario; prima dentizione a 10 mesi. Non fu mai ammalato. Da due giorni la mamma avvertì che il bambino aveva debolezza, inappetenza, febbre. Obbiettivamente si nota: bambino ben conformato, cute calda e umida, temperat. rett. 39°; polso e respiro in rapporto colla temperatura: Faringe arrossita, mucosa poco umida, tonsille coperte di masse poco grandi giallo-grigie, aderenti fortemente alla mucosa, e tentandone l'asportazione si provoca emorragia e scontinuità; leggera adenite sottomascellare. Nulla agli altri organi. Feci subito diagnosi di difterite faringea. Nonostante le misure profilattiche adoperate, un fratello quattrenne fu dopo sei giorni colpito da difterite con necrosi quasi totale delle tonsille e morì in quinta giornata di malattia per paralisi cardiaca.

La malattia del bambino primieramente affetto invece ebbe un decorso molto lungo, tantochè lo feci ricoverare alla sezione Difterici dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni. Nei primi giorni si notò un estendersi a poco a poco delle placche differiche (tali si mostrarono al microscopio e batteriologicamente) alla parete posteriore della faringe, al palato molle, indi alla narice destra. Aumentò l'adenite, aumentò la febbre; (al mattino T. 38°,5—Sera 39°,5 a 40°) e caso singolare la laringe fu sempre integra.

Tale stato di cose si mantenne quasi invariato per venti giorni; indi guarì la rinite, diminuì la febbre; ed in venticinquesima giornata di malattia si notava grande prostrazione del bambino, non febbre, leggera adenite, ma sempre placche difteriche sulle tonsille e sulla parete posteriore della faringe: queste scomparvero solo nel quarantesimo giorno, avendo in ultimo una grande tendenza a scomparire e a riprodursi. Comparve presto paralisi del velopendolo. Le orine ripetutamente esaminate mostrarono solo traccie d'albumina.

Nel 2° giorno di convalescenza si manifestò repentinamente febbre alta (40°,5), piccole placche difteriche alla faringe, nessun' edema, nessuna lesione viscerale. Orinazione scarsissima, densità 1030 contenente grande quantità d'albumina 5 0|00; al microscopio si notano molti leucociti, cilindri jalini e molti cilindri granulosi.

Le placche difteriche svanivano del tutto dopo sei giorni e la nefrite acuta dopo dodici giorni. Nè seguì però tosto paraplegia, con abolizione dei riflessi rotulei; non reazione degenerativa, stitichezza e perdita delle orine; i quali fatti svanirono come per incanto a poco a poco ed il bambino alla fine di Gennaio 92 era completamente guarito. La cura consistette in dieta lattea fin dall' inizio, pennellazioni di sublimato 1 0|00 alternati con pennellazioni di acido fenico 5 0|0; bagni tiepidi prolungati generali, eccitanti cardiaci: inalazioni di acqua di calce.

Vi sono dei casi adunque di difterite che iniziatisi in modo acuto nella faringe dei giovani bimbi hanno un decorso lunghissimo, non sono seguiti da laringiti, sono seguiti però da infezione grave, per il numero grande e volume notevole dei vasi linfatici in questa località; e pur tuttavia possono guarire.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

II. Congresso pediatrico italiano tenuto in Napoli dal 20 al 24 ottobre 1892

(*Cont. vedi pag. 52 del fasc. 1°, Anno XI, 1893*).

Pesa C. (Fresagrandinaria), a proposito della cura della tosse convulsiva, coglie opportuna l'occasione per riferire che fin dal giugno 1890 il Dott. Margara pubblicava 45 casi di pertosse, ribelli ad ogni cura, guariti in pochi giorni con la inoculazione vaccinica. Altri esperimenti con esito soddisfacente furono ancora fatti più recentemente da lui e dal Dott. Pestalozza, non che dal Guaita, dal Dott. Pizzocaro e dal Dott. Savio di Monza. Ricorda che anche Jenner intravide l'utilità dell'innesto vaccinico nella pertosse, come del pari Voghel cita due casi in cui ottenne un notevole accorciamento del processo con la inoculazione vaccinica. L'oratore quindi fa voti perchè i colleghi tutti si accingano a sperimentare il rimedio che egli ha richiamato dall'obblio.

Franco D. (Napoli) desidera conoscere dal Dott. Pesa se la vaccinazione in un bambino affetto da pertosse debba eseguirsi solo quando il bambino non fu mai vaccinato, od anche quando sia stata già eseguita una volta.

Pesa ritiene che anche con la rivaccinazione i metodi di cura riescono perfettamente.

Somma G. (Napoli) in appoggio alle osservazioni riferite dal Dott. Pesa si crede in debito di riferire due recentissime guarigioni da lui avute con tal metodo di cura in due fanciulle debitamente inoculate nella prima infanzia con linfa vaccinica. La più grande di essa contava 12 anni e la più piccola 10. La diagnosi di pertosse venne fatta nel periodo catarrale. Amendue vennero contemporaneamente reinoculate con linfa vaccinica ricavata dallo stesso animale e nel medesimo giorno.

Otto giorni dopo la eseguita operazione, quando già la evoluzione delle pustole vacciniche era all'acme, gli accessi di pertosse si fecero gradatamente più rari ed assai meno intensi, si che dopo quindici giorni della eseguita rivaccinazione le infermuccie potevano già dichiararsi quasi perfettamente guarite. Secondo le sue osservazioni, crede che il metodo risponda assai più prontamente ed efficacemente nei pertossici che mai subirono la vaccinazione.

Guida T. (Napoli) riferisce che, facendo inoculazioni di tubercolina a varie persone di una famiglia affette da svariate forme di tubercolosi, non che da una forma grave di pertosse, ebbe a constatare che, dopo poche inoculazioni, i bambini guarirono tutti della tosse convulsiva.

Gamba U. (Roma).—*Sulla cura locale della pertosse.*

L'Orat., facendo tesoro degli studii di Ibertf, che, mediante le esplorazioni laringoscopiche, metteva in rilievo le lesioni anatomiche che, nei casi di pertosse, dalle coane si estendono alla trachea, stima indispensabile la medicatura locale. Dichiara di aver usato in parecchi casi le pennellazioni locali con soluzione di resorcina all'uno per cento (metodo

Moncorvo) in numero di 2 a 4 nelle 24 ore della prima settimana, e poi in numero minore nelle settimane successive. Egli, inoltre, pratica nell'ambiente, secondo prescrive il Moncorvo, le polverizzazioni di soluzione di resorcina al 2, 3, 5 per cento, a norma della capacità di esso. Con tal metodo l'orat. assicura che la intensità degli accessi diminuisce ed il numero di questi viene notevolmente diminuito.

Massei F. (Napoli).—*Dell'ascesso retrofaringeo idiopatico nei bambini.*

L'orat. esordisce dimostrando la difficoltà della diagnosi degli ascessi retro-faringei nei bambini, e citando molteplici casi da lui osservati, sui quali da altri, per l'anomalo decorso della febbre, era stata fatta diagnosi di crup, di coriza, di flemmone tonsillare ed anche di sarcoma faringeo.

Crede che le cagioni di tali errori consistano: 1) nella difficoltà che sovente si ha nello esame della gola dei bambini; 2) nella varietà della sindrome sintomatologica del processo retrofaringeo; 3) nella comunanza che parecchi fenomeni eccezionali hanno con altri svariati processi; 4) nella omissione della esplorazione digitale, che costituisce un mezzo prezioso d'indagine. In quanto alla terapia, agita la questione se l'ascesso debba operarsi dall'interno o dall'esterno; egli però si dichiara fautore della incisione praticata dalla via della bocca, assicurando che, ottemperando convenevolmente a tutte le regole dell'antisepsi, egli, su 40 casi, non ha deplorato un'insuccesso. È però del parere che il metodo dell'apertura dell'ascesso delle parti esterne, proposto dal Burchard e dal Sacchi, debba essere preferito per gli ascessi retrofaringei sintomatici, ovvero per quei casi, nei quali vi è compressione per laringo-stenosi.

6ª Seduta (*pom. del 22 ottobre*).

Comunicazioni

Berti G. (Bologna).—*Appunti di termometria clinica su casi di malattie acute in bambini immaturi.*

L'oratore dichiara che nei bambini immaturi con processi febbrili bisogna distinguere 1) quelli che nel fatto, durante l'intero decorso della malattia, presentano temperature quasi normali o vere ipotermie, e 2) quelli che offrono invece elevazioni termiche più o meno intense e relativamente protratte e regolari. Egli fa constatare che questi bambini immaturi, allorchè presentano il peso del corpo piuttosto basso (1000, 1500 o poco più), oppure quando sono molto deboli, offrono, durante il corso dell'affezione, temperature normali e possono presentare nello stato agonico una elevazione termica di 28° a 40°. Invece vi sono casi verificantisi in bambini immaturi meno deboli, o che veramente non possono dirsi deboli, nei quali la febbre offre le stesse modalità come nei bambini a termine.

In riguardo poi all'altezza della febbre l'or. accerta di non aver mai constatata regola fissa: difatti in clinica si riscontrano immaturi di peso basso che mostrano febbri, sebbene di poca durata, assai alte, mentre ve ne sono altri di 2000 a 2500 grammi di peso che, in condizioni analoghe di malattie, presentano febbri meno elevate.

Borgi G. D. (Livorno).—*Sull'asfissia dei neonati.*

L'orat., in una elaborata comunicazione, riferisce molteplici osservazioni ed esperimenti che egli ha raccolto, in un lungo periodo di tempo, nei casi di morte apparente dei neonati. E, dopo una critica severa e spassionata di tutti i metodi di respirazione artificiale finora adottati in simili casi, dimostra il convincimento che in cospetto della morte apparente fa d' uopo servirsi del metodo italiano del Pacini, da lui stimato preferibile agli altri perchè permette l' applicazione di altri rimedii indiretti, quali sono l'elettricità, gli stimoli esterni, i mezzi termici, ecc.

Egli deplora che questo metodo non venga applicato all'Estero, e sovente neppure citato, e fa voti perchè il Congresso lo proclami e lo raccomandi ai pediatri, acciò divenga una rivendicazione nazionale.

Pittarelli (Campochiaro), pur convenendo col Borgi per la lode al grande Pacini, crede che il problema per la respirazione dei neonati sia diverso da quello degli adulti, poichè nei primi il più delle volte l' asfissia è costituita da meconio, o da mucosità, per cui basta rimuovere la presenza di questi corpi estranei. In tal caso qualunque metodo è utile, bastando sovente la pressione sul torace o la semplice succussione per richiamare in vita l'asfittico.

Borgi, pur ammettendo questa differenza menzionata dal preopinante, e che per brevità egli ha dovuto omettere nella lettura del suo lavoro, è del parere che essa scompare quante volte si consideri che prima parte del soccorso agli asfittici è l'applicazione dei metodi indiretti e seconda parte, più importante, è l'applicazione dei metodi diretti i quali appunto consistono nel riattivare le funzioni sospese e quindi nell' applicare uno dei metodi di respirazione artificiale. Fra tutti i metodi adottati, quello del Pacini è quello che presenta minore difficoltà ed è di più facile applicazione.

III. Relazione

Topai F. (Roma) e Nota A. (Torino).— *Sul trattamento delle malattie tubercolori chirurgiche nei bambini.*

Topai accenna all' importanza dell' argomento riferibile alla cura della tubercolosi ossea ed articolare nei bambini, e dice che il progresso scientifico sul proposito non fornisce ancora criterii concordi e precisi. Accenna alle varie opinioni che negli ultimi tempi fecero venire i chirurgi nella determinazione del più radicale intervento e quindi alle operazioni precoci, vuotamenti, artrectomie parziali, ecc. Opina essere abbastanza raro il fatto dei focolai unici, mentre giudica le recidive in loco e le generalizzazioni e reinfezioni assai più frequenti di quel che si crede dopo il sistema attuato negli ultimi tempi.

Edotto dalle osservazioni cliniche meglio attendibili e più autorevoli, non che dalla propria esperienza, l' orat. concreta il trattamento della tubercolosi delle ossa e delle articolazinni nel modo che segue:

1) Nelle tubercolosi ossee, a focolaio, non articolari ed accessibili, con cavità ascessuale più o meno prossima, conviene il nuovo metodo di Billroth, dilatando, per quanto può essere necessario al trattamento, la comunicazione col focolaio osseo, ed in ispecie, esistendo sequestro, per l'estrazione di esso.

2) Nelle lesioni ossee di minore importanza, o senza cavità ascessuale, penetrare fino al focolaio e dilatarne alquanto lo sbocco, aprire eventualmente i suoi comunicanti con quello ed adoperare mezzi cauterizzanti come il termo-cauterio o il cloruro di zinco, od anche lasciare nel focolaio osseo piccoli pezzi di nitrato di argento alla maniera già usata dal Larghi e dal Pitha.

3) Allorquando l'osso malato non è accessibile, trattare gli ascessi per congestione secondo che usa il Krause servendosi per lavaggio avanti l'injezione di una soluzione di acido borico.

4) Nelle prime due categorie di casi accennati, se incipienti, potrebbero praticarsi le injezioni jodoformiche presso, od anche entro l'osso malato; ma comunemente si agisca per scelta o per associazione delle dette maniere, secondo i casi, purchè si tenga ferma la massima d'intervenire in modo minimamente cruento.

5) Nelle tubercolosi articolari in genere, finchè non presentano le condizioni di cui si dirà appresso, è da sperimentare il vecchio metodo meccanico; e quando da esso si ottiene vantaggio, bisogna perseverare molto a lungo, finchè siano scomparsi i dolori e l'infermo possa relativamente servirsi dell'arto e le condizioni dell'organismo siano risarcite.

Nota riferisce sulla cura delle affezioni tubercolari chirurgiche della pelle e delle parti molli nei bambini; e fondandosi sulle statistiche moderne e sulla esperienza personale, viene alle conclusioni seguenti:

1) che nelle malattie tubercolari chirurgiche della pelle e delle glandole bisogna intervenire, ad eccezione dei casi in cui l'estensione del processo o la molteplicità e varietà dei focolai morbosi sia tale da non permettere, con un atto operativo, di eliminare tutti i focolai; in questi casi bisogna limitarsi alla cura palliativa;

2) che l'intervento operativo dev'essere sollecito, quando la diagnosi è accertata, e prima che il processo patologico abbia avuto il tempo a diffondersi;

3) che l'atto operativo dev'essere assolutamente completo, procurando di asportare tutto il tessuto morboso, ed interessando, anche ampiamente le parti sane vicine;

4) che la cura modificante e ricostituente postuma si debba seguire per un tempo lunghissimo, fino a che si abbia ragione di credere che ogni pericolo sia scomparso.

Mensi (Torino) assicura che nel reparto chirurgico dell'Ospedale di Torino vengono accolti fanciulli abbastanza ammiseriti dalla tubercolosi, e nei quali la cura locale di jodoformio ha dato il 80|00 di successi.

Comunicazioni

Stampa U. (Roma).—*Contributo alla cura della tubercolosi secondo il metodo di Lannellongue.*

L'orat. ha sperimentato il metodo sclerogeno in 8 casi, cioè in una osteo-mielite tubercolare del terzo inferiore dell'omero; in tre artro-sinoviti fungose del gomito; in una osteo-artrite tubercolare del ginocchio; in due osteo-artriti tubercolari del collo del piede; ed in una osteomielite del calcagno sinistro. In tutte le otto osservazioni i risultamenti furono del tutto negativi. Egli quindi, pur ritenendo che il metodo sclerogeno proposto dal Lannelongue meriti una più larga sperimentazione, non può confermare gli effetti pronti e sicuri ad esso attribuiti.

NOTA dichiara che nella sua pratica è venuto alle medesime conclusioni del relatore. Si crede in debito, però, di far noto di aver curato due bambini col citato metodo, i quali presentavano una osteite tubercolare delle dita, praticando injezioni multiple di una goccia sola di liquido, ottenendo risultati positivi. Fa voti perchè s' iniziino esperienze in questo senso, e vedere se nei casi, in cui si possa ben limitare il focolaio tubercolare, il processo di LANNELONGUE dia buoni risultati.

FAZIO F. (Napoli) e TESTAFERRATA S. (Siracusa).— *Emiplegia spastica dell'infanzia, con reperto.*

Gli oratori riferiscono l' osservazione di una inferma a 39 anni affetta da emiplegia spastica con convulsioni ricorrenti a carattere jaksoniano e con depressione notevole dell' intelligenza da potersi dire quasi istupidita. L'affezione rimontava alla età di quattro anni e mesi, quando, senza causa nota, fu presa da febbre e convulsioni a cui tenne dietro l' emiplegia destra, e dopo parecchi anni uno stato di spasmo negli arti paralizzati. Morì di polmonite acuta. Per l'affezione antica fu fatta diagnosi di emiplegia spastica dell'infanzia da poliencefalite acuta. Al tavolo anatomico, infatti, si rinvenne, oltre della polmonite, causa della morte, un focolaio antico porencefalico nell' emisfero di sinistra, in corrispondenza delle circonvoluzioni centrali. Lo studio del reperto confermava così la diagnosi fatta in vita, portando in tal guisa un' altro contributo alla dottrina patogenica dello STRUEMPELL della poliencefalite corticale per le forme cosidette idiopatiche della paralisi cerebrale infantile.

RACCHI (Napoli) riferisce l'osservazione di un bambino di undici mesi che di un subito venne preso da febbre a 40°, insieme a tremore. Al 2° giorno, nella metà destra del corpo si manifestarono movimenti atetosici, che durarono da tre a quattro giorni, subentrando poi la paralisi. Dopo altri tre giorni gl' identici fatti si manifestarono al lato opposto, seguiti da forme coreiche. In seguito anche la lingua fu in preda di movimenti atetosici, ed il bambino morì.

PEDICINI (Napoli) domanda al Dott. TESTAFERRATA se in relazione della lesione corticale si riscontrarono degenerazioni discendenti nella parte piramidale.

TESTAFERRATA dichiara di averle riscontrate e che per brevità le ha omesse.

ANGIOLELLA (Napoli) dichiara che dalle osservazioni degli autori risulta che non sempre si trova il processo di poliencefalite nella corteccia cerebrale, bensì lesioni multiple e qualche volta anche atrofia di tutto un lobo cerebrale, senza lesioni in alcuni punti della corteccia. Una questione importante sarebbe quella di dilucidare quale sia il meccanismo con cui queste lesioni della corteccia cerebrale possono avere influenza sullo sviluppo delle funzioni psichiche. Pare, secondo l'or., che nel focolaio locale si sviluppi una cicatrice da cui parte un processo sclerotico invadente, da impedire lo sviluppo degli elementi nervosi.

PAVONE (Napoli) desidera sapere se il carattere spastico della paralisi fu primitivo o secondario.

FAZIO replica dicendo che il carattere spastico della paralisi fu secondario. Fa notare poi al Dott. ANGIOLELLA che in clinica resta sempre un gruppo di paralisi cerebrali infantili che sorgono primitivamente senza alcuna causa. Dichiara pure che quando viene la forma di spasmo, bisogna metterlo sempre sul conto della degenerazione secondaria discendente, non con la forma di poliencefalite primitiva.

Mensi E. (Torino).—*Sulla sclerosi disseminata.*

L'oratore descrive con ogni precisione di dettaglio un caso tipico di sclerosi a placche cerebro-spinale in un fanciullo di otto anni; riepiloga la storia clinica della malattia, e dallo studio delle osservazioni già pubblicate trae le seguenti conclusioni:

1) La sclerosi a placche cerebro-spinale può manifestarsi sotto forma classica, frusta o di pseudo-sclerosi;

2) I dati patogenetici precisi fanno ancora difetto;

3) Le injezioni hanno spiccata influenza sullo sviluppo del morbo;

4) La guarigione è possibile quando la lesione anatomica non è così profonda da impedire la reintegrazione degli elementi.

(*continua*). G. Somma.

Steffen A.—Sulla tubercolina.

L'Aut. incomincia dal far rilevare che in materia del risultato, conseguibile colla tubercolina, si è passato di botto dall'*osanna* al *crucifige*. Quando fu annunziata la scoverta, il mondo fu invaso da un delirio, che difficilmente si ripeterà l'eguale. Sbolliti gli ardori, non essendosi realizzate le immani speranze concepite in primo tempo, si è andato all'esagerazione opposta. Nè sono pochi quelli che si arruvellano da mane a sera a cantare il *parce sepulto* sulla tubercolina.

L'Aut. porta opinione che si è trasceso in tutti i modi, e che la passione ha fatto benda all' intelligenza, per cui il giudizio equo e sereno su questo nuovo portato del Laboratorio *adhuc sub judice est.* Stima perciò opportuno portare il suo contingente di osservazioni sul proposito, potendo esso un giorno essere utilizzato quando si elaborerà una statistica coscienziosa e spregiudicata.

Dalla seconda quindicina di dicembre del 1890, quando incominciò nell'Ospedale i primi esperimenti colla tubercolina, sino alla fine di ottobre del 1891, Steffen ha trattato colla tubercolina 44 casi, fra i quali 10 in cui le injezioni furono fatte soltanto a scopo diagnostico. Codeste injezioni non diedero alcun risultato.

Negli altri 34 casi era stata dimostrata l' esistenza della tubercolosi. In tutti i casi di tubercolosi polmonale, il processo esisteva in uno od in amendue gli apici pulmonali, e soltanto di rado era molto diffuso in quest' organo. La diagnosi si fondava — quando non vi erano complicazioni—sulla ottusità della zona affetta, sul respiro bronchiale od aspro, sui rantoli consuonanti, ecc. Soltanto di rado si potettero accertare bacilli nell'espettorato (è noto che soprattutto i piccoli bambini ingojano gli sputi). Qualche volta accadde che all'inizio della malattia non vi erano bacilli nell' espettorato, indi apparvero, poi per qualche tempo sembravano scomparsi, salvo a ritornare, ecc.

Fra questi 34 casi, 13 avevano soltanto tubercolosi pulmonale; in alcuni eravi tubercolosi di molti organi, e segnatamente della mucosa intestinale. Cinque volte la tubercolosi pulmonale, che presentavasi come un processo secondario, era associata ad affezione tubercolare delle ossa e delle articolazioni. Due volte la tubercolosi pulmonale decorse simultaneamente a congiuntivite e cheratite tubercolare; ed in altri due casi si accompagnava a considerevoli linfomi nella regione del collo. Una volta nel corso della tubercolosi pulmonale si sviluppò una tubercolosi acuta della

pia madre.—Soltanto in otto casi i pulmoni non erano attaccati dal processo tubercolare, benchè in nessuno di essi fossero mancate le reazioni caratteristiche dopo le injezioni di tubercolina. Su quattro casi di coxite, una volta sopravvenne la tubercolosi acuta della pia madre. Negli altri quattro casi, in uno eravi la spondilite ed in due la congiuntivite e la cheratite. Il risultato finale del trattamento può essere compendiato come segue:

Guariti	15
Migliorati	5
Non guariti	1
Morti	5
Rimasti in cura	8

Si noti bene, che l'Aut. riguarda come guariti soltanto quelli su cui i processi locali regredirono, ed i rispettivi fenomeni si modificarono o sparvero del tutto.

Sui cennati 18 casi di tubercolosi pulmonale, 5 furono rimandati come guariti. Nei punti, che erano stati infermi, constatavasi ancora l'ottusità; però erano scomparsi il respiro bronchiale e qualsiasi specie di ottusità. Negli espettorati non si constatavano più bacilli.

Ciò premesso, l'Aut. riferisce minutamente le storie cliniche di questi 34 casi.—In ultimo, all'obbiezione, da taluni accampata, se i casi che vengono battezzati come « guariti », debbono essere intesi nel senso di « guarigione definitiva », egli risponde che questa finora non è possibile nè colle cure medicamentose, nè con quelle climatiche, ecc., e che finoggi, quando si è nel campo della tubercolosi, la guarigione deve essere sempre intesa nel senso di « relativa ». Bisogna sempre attendersi la recidiva. Ma, è giusto qualificare come inattiva la tubercolina sol perchè si verifica la recidiva?

E perchè non si potrebbe dire lo stesso dei jodici e dei mercuriali nella cura della sifilide? Chi non sa che anche dopo le più energiche ed omeriche cure col sublimato e col joduro potassico dopo un intervallo, più o meno lungo, si hanno altre manifestazioni sifilitiche?

Tutto compreso, l'Aut. pur non sciogliendo un inno apologetico alla tubercolina, dichiara che è ingiusto bandirla dalla terapia sol perchè non può rispondere a certi alti ideali; e vorrebbe che si proseguisse a sperimentarla ed utilizzarla, convinto che, soprattutto se si riuscirà a perfezionarla, se ne otterranno effetti benefici. (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde*). V. Meyer.

Thomson J. — **Sullo spasmo respiratorio infantile (Stridore laringeo congenito).**

Relazione dettagliata di cinque casi di questa specie, alla quale l'Aut. fa seguire alcune considerazioni che accenneremo sommariamente.

È noto che il dottor Gee ha affermato che i suoni anormali, che si hanno in quest'affezione, sono prodotti nelle fauci, e non nella laringe.—Il dottor Lee, che ebbe l'opportunità di esaminare un caso post mortem, attribuì l'ostruzione respiratoria ad una deformità congenita della parte superiore della trachea, mentre l'epiglottide era abnormemente incurvata in dentro. Il dottor Robertson suppose che l'affezione fosse dovuta a paralisi dei postici. Thomson è convinto che nei suoi casi il suono producevasi *nella laringe* e che la ricorrenza della chiusura glottica era dovuta a contrazione muscolare spastica. Avvalora ciò con parecchi dati di

fatto, fra i quali importantissimo quello che l'intensità del fenomeno mostrava considerevoli variazioni per cause emozionali.— In quanto all'intima sua *natura*, egli crede che trattisi di un *disturbo funzionale centrale*, consistente in un dissesto di coordinazione che verificasi nell'ordinaria respirazione fra i muscoli toracici e quelli della laringe. Inoltre, l'A. accampa pure la supposizione che possa trattarsi di qualche irritazione centrale, la quale agisca più sugli adduttori che sugli abduttori, giacchè, secondo le ricerche recentissime di Semon e di Horsley, vi sono centri corticali per l'adduzione, ma non per l'abduzione. In complesso, egli non esitò ad inquadrarla fra le nevrosi di coordinazione, con parecchie delle quali, come per es. colla mogigrafia, presenta non poche analogie. (*The Edinburgh Medical Journal*).

V. Meyer.

Moncorvo.—**Sull'eritema nodoso palustre.**

Nel fascicolo III di quest'*Archivio* leggemmo già nel 1890 sullo stesso argomento una bella lezione dello stesso A., ciò mi permette di essere ora un po' più breve, malgrado l' importanza e la rarità di tale manifestazione cutanea legata alla malaria. La letteratura medica non ne ha registrati che 25 casi: il primo del dott. Obedenare (1869), 22 del dott. Boicesco (1888), 4 dell'A. (due nel 1889, due in quest'anno). Anche in questi ultimi due casi è incontestabile il nesso fra intossicazione palustre e eritema nodoso, nesso confermato dalla pregressiva scomparsa di questo dietro l'amministrazione della chinina. I caratteri dell'eritema, l'età e il sesso da esso preferiti, la sua durata, il parallelismo d' evoluzione e decorso fra febbre palustre e efflorescenza eritemato-nodosa, l' origine infettiva di questa dermatosi provata dalla pronta efficacia della chininoterapia, sono cose già tutte largamente toccate nella precedente Lezione, e che devono qui essere ripetute.—I tre primi casi del Moncorvo appartengono a soggetti di tre mesi a 11 anni; l' ultimo, e questo è notevole, a un uomo di 17 anni, in cui però la prima invasione dell' eritema rimonta all' età di 8 anni, rinnovellandosi per varie volte sino all' adolescenza. Circa la sede, dalla memoria di Boicesco risulta che l' eritema preferisce la parte anteriore degli avambracci e delle gambe, risparmiando la testa e la faccia. Ciò però non avviene di regola: difatti nel primo dell'A. la dermatosi colpì ugualmente la faccia e i polpacci, nel secondo la fronte e le tempia, nel terzo le natiche, nell'ultimo la fronte, il naso, le gote e le orecchie.—Da tutte le osservazioni cliniche concernenti questa curiosa determinazione cutanea dell' impaludismo, scaturiscono le seguenti conclusioni, secondo Moncorvo:

1.° Fra le manifestazioni sì varie che provoca la malaria, il cui proteismo è noto e temibile, bisogna annoverare l'eritema nodoso, osservato da Boicesco e da me presso giovani soggetti.

2.° Questa eruzione eritemato-nodosa è quasi senza eccezione preceduta dall'esplosione di uno o più accessi di febbre palustre, di cui essa segue rigorosamente l'evoluzione, attenuandosi o aggravandosi secondo il decorso del ciclo termometrico.

3.° Questa efflorescenza riveste in ogni caso i caratteri morfologici dell' eritema nodoso, scoppiato ugualmente nel corso di altre affezioni, quali reumatismo ecc.

4.° Questo eritema sembra proprio dell' infanzia, giacchè, su 26 casi fin qui raccolti, l'età oscilla fra tre mesi e 11 anni; solamente una volta l' eritema, quantunque abbia principiato all' età di 8 anni, si riprodusse fino a 17.

5) In tutti i casi finora conosciuti, l'uso della chinina si mostrò di manifesta efficacia, provocando la regressione immediata degli accidenti cutanei e in seguito la loro scomparsa. (*Gazette hebdomadaire de Médec. et de Chirurgie*).

F. Pestalozza.

Troïtzky. J. W.—**Sulla via esterna (jatraleptica) d'introduzione della chinina nella pratica pediatrica.**

Minuta esposizione della storia dell'applicazione jatraleptica della chinina, e relazione delle osservazioni istituite dall' Aut. per controllare le discrepanze tuttora esistenti nella Scienza circa i risultati che si possono conseguire da tale applicazione della chinina. I risultati, ai quali l'Aut. è pervenuto in queste ricerche, possono essere compendiati come segue:

1) Il metodo di applicare la chinina sul dorso dei bambini in forma di soluzioni o di unguenti viene ancora adoperato da molti autori.

2) Le indicazioni degli autori sulla possibilità di penetrazione della chinina nel sangue, strofinandola in forma di soluzioni o di unguenti sulla pelle, sono ancora molto vaghe ed indistinte; e non è ancora noto fino a qual punto è possibile l' assorbimento per questa via.

3) A priori si deve credere, che il grado di assorbimento della chinina attraverso la pelle può variare in un solo e medesimo bambino, secondo che esso è sano oppure infermo (cioè se ha la febbre).

4) Il sito più adatto per praticare fregagioni colle soluzioni di unguento di chinina è la porzione toracica del dorso.

5) La soluzione di chinina in alcool oppure in un miscuglio di alcool con glicerina rappresenta una forma che assicura, più di qualsiasi altra, la penetrazione della chinina attraverso la pelle intatta.

6) È indubitato che quando sulla pelle del dorso si praticano frizioni con soluzioni di chinina in alcool, oppure in alcool e glicerina a parti eguali, si riesce ad accertare la presenza della chinina nell' urina.

7) La quantità della chinina, che passa nell'urina, quando fu applicata in forma esterna sulla pelle, è troppo scarsa, per poter contare seriamente sopra un' azione tonica od antitermica di queste frizioni.

8) La costituzione individuale e l'età dei bambini non esplicano alcuna influenza sull' assorbimento in più od in meno della chinina attraverso la pelle.

9) L'azione favorevole che le frizioni con soluzioni di chinina sulla pelle del dorso esercitano sull' abbassamento della temperatura, si può spiegare soltanto col passaggio dell'alcaloide nel sangue. L' azione principale è qui dovuta all'alcool, che—evaporandosi—sottrae tanto più calore alla superficie della pelle quanto più esso è concentrato, quanto maggiore è la quantità che ne viene consumata durante la frizione, e quanto più estesa è la superficie su cui furono praticate le frizioni.

10) A causa della impossibilità assoluta di dosare più o meno esattamente la quantità di chinina che penetra nella pelle durante le frizioni, ne risulta che l'applicazione jatraleptica della chinina non è esatta, per cui non può essere riguardata come un metodo curativo sufficientemente scientifico. (*Archiv für Kinderheilkunde*).

V. Meyer.

Wieden Portillo J. — Nuovo processo per operare lo stafiloma opaco cicatriziale.

Nei bambini lo stafiloma non raramente si sviluppa, in seguito specialmente all'oftalmia purulenta dei neonati o a qualcuna delle consuete infezioni infantili: ora esso dopo un rapido sviluppo, rimane anche a lungo stazionario, ora esorbita dalla rima palpebrale, producendo deformità, e dolori nevralgici insopportabili dipendenti da accidenti flogistici che possono dar luogo nell'occhio sano all' oftalmia simpatica. Accennati i procedimenii operativi contro lo stafiloma recente e parziale, e contro quello antico, voluminoso e prominente fra le palpebre, l' A. si domanda se, in base alle conoscenze del modo con cui si sviluppa lo stafiloma opaco cicatriziale e alle cause che lo sostengono, necessiti seguitare nella sua ablazione, non scevra d' inconvenienti concomitanti o consecutivi ad essa. Risponde di no. L' operazione dello stafiloma opaco cicatriziale deve nei bambini tendere a fare un occhio il più possibilmente simile nella sua forma al sano, conservando la cornea, che più tardi può tatuarsi, e impedire nell' adulto la piccolezza dell' orbita, da De Saint-Germain e Valude constatata in coloro che nell' infanzia soffrirono atrofia oculare per stafiloma o vennero enucleati dell' occhio. Quest' orbita infantile non può contenere che un occhio artificiale molto piccolo.

L'A. porta tre osservazioni comprovanti la bontà del suo manuale operatorio, che consiste nella combinazione della sclerotomia equatoriale colla formazione di un lembo sclerotico-corneale superiore interno terminante al suo vertice in un piccolo ponte che non si taglia; e nella distruzione delle sinechie tra cornea e iride.

Agli specialisti in materia lascio il giudizio sulla reale bontà di tale metodo, alla quale, a detta dello stesso Portillo, non è estranea la rigorosa antisepsi osservata e mantenuta nelle cure consecutive sino a completa cicatrizzazione. Queste intanto le suo conclusioni: 1° in tesi generale, l'enucleazione dell'occhio in bambini non deve praticarsi se non come ultima risorsa.—2° la escisione o amputazione dello stafiloma non deve nei bambini oggi più praticarsi, perchè sappiamo che la cornea distesa si retrae abbastanza rapidamente e può nuovamente acquistare la sua forma primitiva.—3° Questo risultato si raggiunge con la escisione delle sinechie dell' iride o col raschiamento della superficie interna della cornea, insieme al lembo sclerocorneale e colla sclerotomia equatoriale.—4° Questo processo d' esecuzione rapida, evita le complicazioni (perdita dell'umor vitreo, emorragie ecc.) che accompagnano gli altri metodi di escisione o ablazione dello stafiloma.—5° Con tale mezzo si combattono proficuamente la pressione intraoculare, i dolori ciliari; il globo oculare ricupera le sue dimensioni normali, e più tardi la stessa cornea può tatuarsi.

F. Pestalozza.

BIBLIOGRAFIA

Transactions of the American Pediatric Society—Third Session Held in Washington, D. C. September 22 to 25, 1891 (*Atti della Società Pediatrica Americana—Terza Sessione tenuta in Washington dal 22 al 25 settembre del 1891*). New-York, 1892.

È, come si scorge dall'intestazione, la relazione delle memorie che furono lette nel Congresso del pediatri americani.

Se ben ricordiano, abbiamo negli anni scorsi dato un resoconto sommario di questi congressi transatlantici, per mostrare a chiare note l'importanza grandissima e più che giustificata che in quel giovine paese, ricco di vitalità e d'intelligenza, viene devoluta alla Pediatrica. E noi che seguiamo, per quanto ce lo consentano le nostre modeste forze, ma con intelletto d'amore, lo sviluppo che codesta specialità va oggidì prendendo in tutti i paesi colti e civili, abbiamo notato colla massima compiacenza che in America il numero di coloro che si dedicano a questa disciplina aumenta di anno in anno; nuove cliniche pediatriche sorgono, e nulla si trascura perchè la Fisiologia e la Patologia e la Clinica e la Terapia pediatrica siano portate a quell'altezza che la Scienza, ed il progresso dell'Umanità richieggono.

Questi atti del Congresso, che ora abbiamo sotto gli occhi, sono un nuovo ed irrefragabile suggello di quanto affermiamo, giacchè in ogni pagina di essi rifulge splendido l'ardore e lo zelo con cui i nostri confratelli d'America rispondono all'apostolato nobilissimo che si sono imposti. Nè crediamo di essere lungi dal vero affermando che molti articoli che vi si leggono potrebbero essere citati come modello e giacchè al lato puramente teoretico della quistione è accoppiato e fuso mirabilmente quello pratico. Ciò, per es., risulta leggendo le relazioni di W. Osler (*Diagnosi della bronco-polmonite tubercolare nei bambini*), di L. Smith (*Come prevenire le complicazioni ed i postumi nella febbre scarlattinosa?*), di H. Freitnight (*La peritiflite nei bambini*), di H. Jackson (*La nefrite cronica nei bambini e nei giovani adulti*) ed altri.

A vero dire, anche in Italia vi è stato, un rigogliosissimo e rapido incremento di questa Specialità, che conta oggidì cultori esimi, i quali fanno grande onore al nostro paese. Ed anche gli ultimi due congressi pediatrici, tenuti presso di noi, hanno dimostrato colla massima evidenza a tutto il mondo civile, che il contributo che l' Italiano oggidì apporta all'edifizio di questo grande Tempio, se non per quantità, per qualità almeno può gareggiare con quello degli altri. Ma tutto ciò, a parer nostro non basta ancora. Tutto ciò, ci sia permesso dirlo, dimostra che presso di noi l' intelligenza è ancora vivida, la fibra è tuttora robusta, e spessissimo alla scarsezza e penuria dei mezzi si sopperisce col ferace intelletto e colla buona volontà. Però, perchè queste ottime doti possano dare tutto quel frutto che si ha dritto di avere, fa d'uopo che *Governo e Nazione, al pari che negli Stati Uniti d' America*, si compenetrino della grande necessità dell'alta importanza di questa Specialità, che tende « *a sanificare e dare sviluppo più rigoglioso alle generazioni nella culla della loro esistenza* », e concorrano validamente e dare un attivo impulso, sia generalizzando cattedre universitarie *ad hoc*, sia aumentando e portando al debito limite le cliniche pediatriche, delle quali presso di noi ve ne ha penuria estrema. Come giustamente, non ha guari, osservava appunto un distinto pediatra americano, il Low, « *le scienze biologiche sono oggidì pervenute ad un punto, che possono essere paragonate agli eserciti.* Nel modo stesso *con cui i migliori e più istruiti soldati del mondo hanno tutta la probabilità della disfatta se non sono armati ed equipaggiati di di tutto punto; così parimenti il più intelligente biologo dei nostri giorni può fare tanto poco che nullo se non lo si arma ed equipaggia di tutto punto, cioè se non gli si forniscono laboratori e cliniche, che sono appunto le armi con cui egli lotta* ».

V. M.

Monti A. e **Berggruen E.**—Die Chronische Anämie im Kindesalter (*L'anemia cronica nei bambini*)—Leipzig, 1892.

Come, è ben noto, i recenti splendidissimi lavori di Hayem, Ehrlich e molti altri hanno stabilito il metodo sistematico dell' analisi chimica del sangue, e con ciò si è potuto gradatamente valutare per bene le alterazioni che il sangue subisce in svariate malattie.

Già molti autori — come Jacksch, Luzet, Loos, Escherich, Silbermann, Hofmann, Schiff, Hoch ed altri—hanno fornito pregevoli contributi sulla Fisiologia e sulla Patologia del sangue dei bambini. Ciò malgrado, tenendo conto dei progressi che, appunto negli ultimi tempi, furono fatti in questo campo, gli Autori hanno stimato opportuno, nell'interesse della Pediatria Clinica, di studiare, coi metodi oggi in uso, una vasta serie di anemie a decorso cronico, ed esaminare accuratamente le alterazioni che la massa del sangue presenta nelle singole forme di anemia.

Le forme di cronica anemica, studiate con tale obbiettivo dagli autori, sono state le seguenti:

I. *Anemia cronica leggiera*, che essi suddistinguono: in α) anemia cronica leggiera semplice; β) Anemia leggiera con leucocitosi.

II. *Anemia cronica grave*, che suddistinguono in α) anemia cronica grave semplice; β) clorosi; γ) anemia grave con leucocitosi.

III. *Anemia pseudoleucemica*.

IV. *Leucemia*.

V. *Anemia perniciosa*.

Anzichè riferire qui minutamente tutte le singole osservazioni degli autori fatte in questo campo, nel quale « *ogni raggio di luce projettata dalle indagini sperimentali viene bentosto seguito da un benefico riverbero nella terapia* » stimiamo acconcio—rimandando alla lettura dell'originale chi desideri seguire per filo e per segno tutta la trama seguita dagli Autori nelle loro ricerche — di esporre in sintesi i risultati a cui essi sono pervenuti.

I. Anemia cronica leggiera.

α) *Anemia cronica leggiera semplice.*

a) Diminuzione lieve (raramente avanzata) della densità del sangue.

b) Diminuzione della quantità di emoglobina, la quale nei casi leggieri è insignificante, mentre nei casi gravi raggiunge un grado elevato.

c) Diminuzione di globuli sanguigni rossi, la quale nei casi leggieri è lieve, mentre in quelli avanzati è alquanto pronunziata.

d) La quantità dei leucociti nonchè la loro proporzione rispetto agli eritrociti è normale.

Decorso ed esito.

Il decorso della malattia per lo più è di parecchi mesi. L' esito è la guarigione oppure il passaggio in una forma grave di anemia cronica.

β) *Anemia leggiera con leucocitosi.*

a) Nella maggior parte dei casi la densità del sangue è notevolmente menomata.

b) Rilevante diminuzione della forza colorante del sangue (quantità di emoglobina).

c) Diminuzione dei corpuscoli sanguigni rossi, la quale in alcuni casi può pervenire fino alla metà del normale.

d) Diminuzione costante, più o meno rilevante, dei leucociti, per cui ne risulta una proporzione anormale rispetto ai globuli sanguigni rossi.

Decorso ed esito.

La malattia ha un decorso di molti mesi. Esito in guarigione oppure passaggio in un' altra forma grave di anemia cronica.

II. ANEMIA CRONICA GRAVE.

α) *Anemia cronica grave semplice.*

a) Considerevole diminuzione della densità del sangue.

b) Diminuzione costante della quantità di emoglobina di un quarto, di un terzo, e finanche della metà del normale.

c) Diminuzione—per lo più molto rilevante—degli eritrociti.

d) Alterazione di forma dei corpuscoli sanguigni rossi nucleati (normoblasti e megaloblasti).

e) La quantità dei leucociti si mantiene in limiti normali, e quindi l'apparente leucocitosi è dovuta a diminuzione assoluta degli eritrociti.

Decorso ed esiti.

La malattia dura sempre molti mesi. In condizioni favorevoli si ha l' esito in guarigione; in condizioni sfavorevoli essa si aggrava, e passa in un grado più elevato di anemia.

β) *Clorosi.*

a) Diminuzione della densità del sangue.

b) Diminuzione della quantità di emoglobina.

c) Il numero dei corpuscoli sanguigni rossi nella maggior parte dei casi è normale; qualche volta è diminuito.

d) Con una cifra normale di globuli sanguigni rossi, può esservi considerevole diminuzione della quantità di emoglobina.

e) I globuli sanguigni rossi per lo più hanno forma normale; però, possono anche presentare alterazioni di forma e di volume della più svariata specie.

f) I leucociti per lo più sono in quantità normale; in rari casi havvi la leucocitosi.

Decorso ed esito.

Il decorso è cronico, lentissimo, e nella maggior parte dei casi ha esito in guarigione.

γ) *Anemia grave con leucocitosi.*

a) Diminuzione della densità del sangue.

b) Diminuzione della quantità di emoglobina.

c) Diminuzione per lo più rilevante dei corpuscoli sanguigni rossi.

d) Alterazioni di forma nonchè differenze di volume dei globuli sanguigni rossi profilocitosi, microcitemica). Eritrociti nucleati (Normoblasti e megaloblasti).

e) Aumento dei leucociti in diverso grado fino a raggiungere il doppio della cifra normale.

f) Proporzione dei leucociti verso gli eritrociti spostata a sfavore di questi ultimi.

III. ANEMIA PSEUDOLEUCEMICA.

a) Considerevole diminuzione della densità del sangue.

b) Diminuzione accentuatissima della quantità di emoglobina.

c) Diminuzione considerevole degli eritrociti.

d) Aumento progressivo accentuato dei leucociti.

e) Alterazioni di forma e di grandezza dei globuli sanguigni rossi. Numerosi eritrociti nucleati. Processi cariocinetici di divisione cellulare.

f) La proporzione dei leucociti agli eritrociti è pressochè eguale a uno a meno di cento.

Decorso ed esito.

Dopo che la malattia è durata molti mesi, alcuni casi possono passare

in guarigione. Per lo più accade la morte per malattie intercorrenti. Altri casi passano in un grado più elevato di anemia.

IV. Leucemia.

a) Diminuzione considerevolissima della densità del sangue.

b) Diminuzione molto accentuata della quantità di emoglobina.

c) Leucocitosi che progredisce enormemente.

d) Diminuzione straordinaria dei globuli sanguigni rossi.

e) La proporzione dei leucociti verso gli eritrociti è spostata completamente a sfavore di questi ultimi (uno sta a meno cinquanta).

Decorso ed esito.

A giudicare dalle osservazioni finora fatte, l'esito è sempre letale.

V. Anemia perniciosa.

a) Diminuzione della densità del sangue.

b) Diminuzione assoluta della quantità di emoglobina; ineguale distribuzione di pigmento nei corpuscoli sanguigni rossi.

c) Accentuatissima diminuzione nel numero degli eritrociti (fino al di sotto di 1|2 millione in c.c.

d) Enormi differenze di grandezza ed alterazioni di forma. Comparsa di numerosi megaloblasti e normoblasti nucleati.

e) Una diminuzione dei leucociti, la quale procede parallelamente alla diminuzione dei globuli rossi.

Decorso ed esiti.

Eccezion fatta di quei casi, che debbono essere attribuiti ad un'origine parassitaria, ed i quali, dopo rimozione del rispettivo parassita, passano rapidamente in guarigione, tutti gli altri casi, a giudicare dalle osservazioni finora fatte, hanno un esito letale.

. . . .

Questi sono, nella loro più rigorosa sintesi, i risultati a cui sono pervenuti gli Aut. nelle loro indagini. Auguriamoci che il riverbero nella Terapia non si faccia a lungo attendere.

V. M.

Comby J.—Traité des maladies de l'enfance—Paris, 1893.

Sebbene i trattati ed i manuali di Pediatria oramai abbondano in Francia, e la maggior parte di essi forniti di un merito incontestabile, pure non havvi anno in cui la letteratura non viene arricchita di un opera novella di medicina infantile che, sia per i crescenti acquisti della scienza, sia per l' indirizzo dato alla trattazione delle materie o per chiarezza di vedute e per ricchezza di osservazioni personali, offre sempre qualche cosa di speciale ed una impronta originale.

Tal' è appunto quella del distinto Dott. Comby, or non è guari comparsa sull'orizzonte scientifico. Il piano traccciato dall'autore nel suo libro è, per vero, assai semplice; vien distinto in due parti, di cui la prima è designata per le malattie generali, e la seconda per le affezioni locali od organiche. La prima parte dell' opera comprende due sezioni, nella prima delle quali l'autore studia le malattie infettive e nella seconda le affezioni discrasiche. Nel quadro delle malattie da infezione l'autore, con lodevole discernimento, non comprende se non quei processi morbosi di cui la natura microbica è stata incontestabilmente accertata, conservando anche per essi la classificazione organica, trattandosi di affezioni che abitualmente si localizzano su di un viscere o su di un' organo di predilezione.

La 2ª sezione della prima parte vien poi distinta dall'A. in due capi-

toli, comprendendo nel 1° le diatesi (scrofola, artritismo, emofilia, ecc.); e nel 2° le discrasie acquisite (anemie, malattie da crescenza, atrepsia, rachitismo, ecc).

La seconda parte dell'opera tratta poi delle malattie locali e regionali, ed è distinta in tante sezioni per quanti sono i sistemi organici. È vero che parecchie affezioni nervose e cutanee, riferibili esclusivamente alla categoria delle diatesi, vanno in pari tempo comprese dall'aut. in questa 2ª parte dell'opera; ma questo neó, a cui, per vero, vanno incontro tutte le classificazioni biologiche, va del tutto condonato tenuto conto dell' ordine semplice ed utile che l'aut. ha scrupolosamente adottato nella esplicazione delle materie.

Questo il piano dell' opera. Alla facilità di dettato, alla chiarezza di esposizione, all' ampiezza di vedute scientifiche ed al metodo didattico serbato dall'A., pregi non comuni e facili a realizzarsi in una prima edizione, non fa difetto l' impronta originale, frutto di dieci anni di studî clinici fatti dal Comby al Dispensario che la Società Filantropica aprì nel 1883 a la Villette, periodo durante il quale l'A. non dette meno di 70,000 consultazioni gratuite.

G. S.

Copasso F.—Delle malattie dei bambini e loro cura—Trattato di Pediatria e Terapeutica infantile—Torino, 1892.

Questo volume, recentemente pubblicato dal distinto collega torinese, è il frutto di studî accurati e diligenti che da parecchi anni l'aut. va facendo nell'Ospizio dell' Infanzia abbandonata di Torino.

Abbenche parecchi argomenti non trovino un giusto posto là dove sono stati classificati dall'aut., ciò non pertanto il piano che evidentemente si ha tracciato per la trattazione delle materie è quello organico e regionale.

Difatti, ben 24 capitoli costituiscono la pregevole opera; nei primi quattro sono diligentemente studiate tutte le più importanti affezioni che i neonati sogliono manifestare immediatamente dopo la nascita, mentre, nei capitoli consecutivi espone, con invidiabile chiarezza e con profonda dottrina, le lesioni appartenenti al tubo gastro-enterico, alle prime ed alle seconde vie del respiro, al cuore e suoi annessi. Tre capitoli sono poi consacrati allo studio dello malattie del sistema nervoso, quattro alla patologia e cura delle infezioni acute e croniche o malattie costituzionali, ed uno alle affezioni più comuni della pelle.

Il capitolo ventiduesimo che tratta delle lesioni violente più comuni nella prima infanzia, abbenchè troverebbe migliore posto in un trattato di chirurgia, pur non è scevro di pregi sopratutto per i presidî curativi tanto bene dettagliati dall'autore.

Infine, come appendice al trattato di Pediatria, il Copasso consacra i due ultimi capitoli allo studio delle norme di terapia infantile e dei principali rimedi che si usano nella cura delle malattie dei bambini con la relativa posologia.

Questa la trama dell'opera che, sebbene elaborata con un'indirizzo prevalentemente pratico, pure non difetta delle più necessarie ed inconcusse cognizioni di storia, etiologia, patogenesi ed anatomia patologica di ogni singolo processo morboso, per alcuni dei quali l'autore non trascura di discutere e dilucidare con dottrina talune questioni di attualità, dimostrando in ogni rincontro di trovarsi all'altezza dei più recenti progressi della scienza.

Auguriamo a questa nuova pubblicazione dell'autore quella giusta fortuna che merita. G. S.

Ballantyne J. W. — The diseases and deformities of the Fœtus (*Le malattie e deformità del feto*)—Vol. I. Edinburgh, 1892.

Sotto questo titolo l'Aut. ha dato a luce il primo volume di un' Opera la quale, secondo il piano da lui prestabilito, e già annunziato, sarà svolta in tre volumi.

Che anche durante la vita intrauterina possano svolgersi processi patologici, è un fatto noto già da lungo tempo. Ma fu Philippus Jacobus Duettel che per il primo (1702) scrisse un' Opera sulle malattie fetali, e la intitolò *de morbis Fœtuum in utero materno*. «*Tam misera* — scriveva Duettel— *ac aerumnosa generis humani conditio est, ut non modo innumeris malis per vitam homines crucientur, verum etiam, ut intra carceres uterinos adhuc conclusi fœtus, antequam vitali hac aura fruantur, et lucem aspiciant a malis atque aegritudinibus non immunes sint*». Seguì Schurig, che nel 1732 diede a luce la sua *Embriologia Historico-medica*, nella quale tenne parola di disturbi patologici della vita intrauterina. A questi autori seguirono Rolde (*De Parentum Morbis in Fœtum Transientibus*), Oehme (*De morbis recens natorum chirurgicis*), Ziebhold (*De Notabilibus quibusdam quae fœtum in Utero contingere possunt*), Hoogeneen (*Tractatus de Fœtus Humani Morbis*, 1784) ed altri, che Ballantyne nella parte storica di questo primo volume, enumera l'un dopo l'altro, esponendo dettagliatamente tutto il contributo che ciascuno di essi apportò alla Patologia Fetale, ed in questo lavoro di erudizione, indagini e commenti egli perviene fino ai più recenti autori, ancora viventi che si sono occupati di quest' argomento. Basta soltanto accennarlo, per comprendere che è stato un lavoro di schiena e di mente, come non si ha spesso occasione di osservare.

A questa parte storica segue il capitolo sulla classificazione delle Malattie del feto, ed anche qui l' Aut. dà prova della rara semplicità con cui tratta l' argomento. Dopo esposizione e disamina delle classificazioni di Duettel, Baudin, Nolde, Feiler, Hufeland, Billard, Zurmeyer, Graetzer, Simpson, Roberts, Fabre, Montgomery, Grosse, Scanzoni, Weber, Madge, Hohl, Charpentier, Tarnier, Hirst, Kleinwaechter, egli propone la seguente classificazione la quale, quantunque non possa ritenersi come perfetta, sarebbe la più razionale nello stato odierno della Scienza.

Questa classificazione è la seguente:

I. Malattie idiopatiche: quelle originate (per quanto attualmente è noto) nello stesso feto.

a) malattie che affettano precipuamente il tessuto sottocutaneo e la pelle: elefantiasi congenita cistica, sclerema, ittiosi, idrope generale, ecc.

b) malattie che colpiscono precipuamente il sistema osseo (fratture, anchilosi, ecc).

c) malattie che attaccano diversi sistemi dell' economia (digerente, nervoso, circolatorio, respiratorio).

d) Neoplasmi congeniti.

II. Malattie trasmesse (quelle dovute a malattie dei genitori).

a) Febbri ed altri processi infettivi.

b) Sifilide, ecc.

III. Condizioni morbose traumatiche (risultati di traumi sofferti durante la pregnanza o il parto.

IV. Stati d' intossicazione per amministrazione di medicinali o veleni alla madre.

V. Morte del feto e sue alterazioni postmortali.

a) Dissoluzione, *b*) Mummificazione, *c*) Macerazione, *d*) Putrefazione. Verso la fine del volume l'Aut. entra in materia, e tratta le malattie che affettano precipuamente il tessuto sottocutaneo e la pelle. Però, noi, anzichè limitarci a dare qualche cenno sul proposito, stimiamo più opportuno, dopo accennata l'indole ed il piano del lavoro, a rimandare, ad opera completa, una larga esposizione del suo contenuto, tanto più che trattasi di un' Opera classica nel vero senso della parola, la quale, più che un fugace cenno, merita un' ampia disamina. V. M.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

Società pediatrica.— Ci viene annunziato e pubblichiamo con piacere che, ad iniziativa del Dott. Voûte, è stata fondata in Amsterdam una *Società di Pediatria Neerlandese*, che si propone lo scopo di riunirsi in Congresso due volte all'anno per l'incremento dello studio della Patologia Infantile.

Anche a Parigi, da alcuni ben noti specialisti, è stata presa l' iniziativa per la costituzione di una riunione periodica di medici pediatri; e noi siam certi che i loro sforzi generosi conseguiranno buon'esito per bene della scienza e per l'avvenire di tante misere creature.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Tenia dei bambini

Olio etereo di felce maschio gram. 3,00
Sciroppo di trementina, Acqua distillata ana » 25,00
Gomma arabica polverata . . . » 2,00

mib. Da somministrarla in una sol volta in una quantità eguale di latte, e dopo due ore propinare 15 grammi di olio di ricino.

Baumel.

Eczema cronico crostoso nei bambini

Crisarobina, Solfo-ittiolato d' ammonio ana gram. 5,00
Acido salicilico . . . . . . » 2,00
Vaselina gialla . . . . . . » 100,00

mib. fa unguento. Da ungere le parti affette.

Unna.

Acido canforico . . . . gram. 1,00
Sottonitrato di bismuto, Carbonato di zinco, Amido, Vaselina, Lanolina ana . . » 2,00

mib. fa pom. Da ungere le parti affette.

Weude.

Il Direttore responsabile — G. Somma.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

LA CURA DELLA PERTOSSE TENTATA COLLA VACCINAZIONE

per il Dott. **FRANCESCO PESTALOZZA**.

(*Cont. e fine, vedi: Anno XI. Fasc. II. pag. 84*).

È vecchia nozione clinica, e moltissimi casi ne sono raccomandati alla letteratura medica, che un individuo affetto da questa o quella malattia, magari ribelle a qualunque risorsa curativa, completamente ed insperatamente ne guarisca al sopravvenire di un'altra. Ciò non poteva sfuggire ai clinico-terapisti eziandio moderni: e non sfuggì al sommo SEMMOLA, che trattando delle diverse sorgenti della Terapeutica, fa questa fine disgressione: « Con sottigliezza parlando, si potrebbe, nello studiare tutte le sorgenti della terapeutica, discorrere anche di un'altra branca che realmente anch'essa racchiude una via di guarigione per molti mali ed un felice ammaestramento al terapista-clinico, voglio dire della *Patologia terapeutica*. Per quanto possa sembrare strana questa idea, essa non è però meno effettiva ed ogni clinico imparziale ne à registrati certamente casi non pochi. Per esempio, una estesa adenite suppurata sotto-ascellare o cervicale che arresta e guarisce una malattia di petto che esponeva lo infermo ai pericoli di una tisichezza è che realmente in quel punto doveva essere ancora una semplice infiammazione cronica dei gangli peribronchiali; la comparsa sulla pelle di una ptiriasi sospende e talvolta risana una ribelle affezione asmatica legata allo erpetismo; un inaspettato accesso di gotta fa sparire per incanto un accesso di angina pectoris ; il sopravvenire di un grave attacco di colera fa sparire un'antica ascite e lo ammalato si libera dalla vecchia e dalla nuova malattia e si potrebbero citare tanti altri esempii di questa fatta in cui la comparsa di un nuovo morbo guarisce il precedente con un meccanismo di causa ed effetto che rigorosamente ci sfugge e che in ogni caso speciale è sempre diverso. Lo studio di questa *Terapia patologica*, perdonatemi la frase paradossale, non ci riguarda poichè noi non possiamo riprodurre a volontà quei particolari meccanismi di processi morbosi che rappresentano la salvezza di alcuni infermi, e ciò perchè realmente noi ignoriamo il nesso rigoroso della prima colla seconda malattia, e però le leggi che presiedono alla loro successione e compensazione. Con i lumi della Fisiologia ci siamo

sforzati e ci sforziamo di imitar la natura, ma, in coscienza bisogna confessarlo, non siamo spesso così felici nei risultati; il che ci mostra che vi sono delle lacune nei rapporti costruiti da noi. E quantunque sappia che gli sfegatati progressisti spregiano o rinnegano simili osservazioni, io crederei nondimeno che lo esame di queste compensazioni morbose spontanee dovrebbe essere uno dei punti molto importanti degli studii di Clinica Medica e sarebbe fonte preziosa di ammaestramenti pratici ».

Io non so come, perchè e da chi si sia potuto sprezzare o rinnegare quanto, anche senza capirlo e raramente, si osserva al letto dell'ammalato: i fatti sono fatti, e non possiamo distruggerli per l'unica ragione che non sappiamo spiegarli. Poveri medici, e, quello che è peggio, poveri infermi, se si procedesse con questa stregua! Ma per fortuna, non tutti almeno la pensano così: lo studio di queste compensazioni morbose spontanee attirò la mente sagace del clinico, l'intelligente pazienza dello sperimentatore, l'occhio acuto del batteriologo: si tentò penetrare il meccanesimo di questa Terapia patologica, le connessioni del primo col secondo morbo, le leggi che presiedono alla loro successione e compensazione; illuminati dai prodigiosi progressi dell'etiologia e patogenesi delle malattie, specie infettive, si tentarono a volontà alcuni compensi morbosi, già osservati spontanei: e ne derivarono utili, preziosi ammaestramenti pratici: e se non sogno, credo non lontano il giorno che ogni trattatista di *Farmacologia sperimentale e Terapia clinica* abbozzerà nella sua opera le prime e interessanti linee di *Terapia patologica*.

E valga il vero: larga è la messe raccolta in questi ultimi anni nel campo clinico-sperimentale delle infezioni miste o multiple antagonistiche, malattie cioè dovute a microrganismi patogeni diversi, simultaneamente o successivamente sviluppantisi nello stesso individuo, rimanendo l'una dall'altra attenuata o arrestata, perchè soccombente nell'inevitabile lotta per l'esistenza.

L'anno scorso io commentava un caso, comunicato dallo Schaeffer, di tubercolosi polmonare guarito da una risipela facciale: altro caso analogo appartiene al Chetmouski, che riferisce pure di un medico che, colto da tisi bacillare dell'apice polmonare destro, viene preso da ileotifo. La febbre dura 14 giorni: convalescenza rapida. Il peso del corpo prima dalla febbre era di 130 libbre, tre mesi dopo 170. Tosse quasi scomparsa: escreati senza bacilli. Basandosi sui lavori di Gamaleia e Fedor, Chetmouski però attribuisce alla alta temperatura l'influenza curativa. De Biase osservò 10 casi di infezione palustre, in alcuni assai inveterata, che, sorpresi da una risipola facciale, guarirono completamente dell'una e dell'altra. In un caso scomparve l'eruzione va-

juolosa, insorgendo una pneumonite fibrinosa. In una difteria delle fauci mancarono le localizzazioni secondarie dei centri nervosi (paralisi post-difteriche) per l'esplosione d'un ileotifo. Un caso di malaria persistente fu vinto da grave vajuolo. Nota infine che il cholera e l'influenza dominano senza competitori, senza altre epidemie: e ne da questa spiegazione: Bisogna ritenere che nei nostri ambienti se non esistono tutti i germi di malattie infettive in isviluppo, trovansi assopiti, o nello stadio di spore in latenza. Le forme sporadiche di molte di esse attestano che qualche cosa esiste di loro, e non manca d' altra parte ogni anno una malattia epidemica, senza essere importata, quando più diffusa, quando meno. Ora l'influenza ed il colera—infezioni miasmatiche per gran parte—affacciandosi, modificano non foss' altro le attività biologiche de' germi di altre infezioni, o li distruggono addirittura. È la lotta per l'esistenza in cui vince e sopravvive il più forte. La batterioterapia qui trova un addentellato e un appoggio, quando infine si considera che dopo queste grandi infezioni resta una tregua notevole di morbi infettivi.— In altre mie pubblicazioni anch'io ho rammentato come al sopravvenire di una pandemia influenzale, diminuiscono o cessano affatto altre epidemie già dominanti, quali di scarlattina (Stuart), di vaiuolo (Busch), di tifo (Curcie); quasichè nella lotta per l'esistenza, consideravo, i parassiti influenzogeni, attecchendo sul terreno forse loro preparato da altre infezioni, riescano vincitori sui costoro parassiti. Io non ebbi agio di assistere a questa vittoria dell'influenza nelle due epidemie del 1890 e 1892; le quali però, sino a che durarono, non vennero accompagnate da alcuna altra forma epidemica, almeno a Rovescala. Ciò pure osservarono Jannuzzi e Toraldo: col primo, l'influenza, come ogni altra infezione, sospende o attenua il corso di ogni altro morbo infettivo già in corso; col secondo essa arresta quelle altre malattie che nella stagione, in cui domina, solevano spesseggiare.

Carafoli racconta il caso di un individuo affetto da infezione palustre avanzata, ripetutamente esacerbantesi e ribelle al chinino, che, colto da vajuolo, ne esce guarito completamente, e colorito e florido, senza avere intrapreso alcuna cura in proposito. Ciò, aggiunge, favorisce l' ipotesi del Cantani, che dati germi patogeni possono sostituire e distruggerne altri, e nella lotta per l' esistenza risparmiare, o per lo meno avvantaggiare assai gli organismi animali che li albergano; così pure, che due infezioni non possono contemporaneamente prosperare in un identico corpo, ma l' una attenua o distrugge l' altra, seguitando da sola a manometterlo nel suo corso parabolico.

Osservazione di Weichel: Uomo di 58 anni; carcinoma del

pene e delle glandole inguinali sinistre. Amputazione del pene e estirpazione delle glandole. Dopo sei mesi recidiva: nuova esportazione. Dopo 2 1|2 mesi nuova recidiva: poi fortissima risipola dello scroto e della gamba sinistra, cominciando la quale le masse cancerose cessarono di crescere, dopo 3 settimane caddero ; il paziente migliorò. Non più recidive. — De Amicis osservò una donna con epiteliomi multipli del viso, in cui per ben due volte sorse resipola facciale, e due volte s'ebbe consecutivamente fase regressiva delle masse epiteliali,—Schuster dimostra l'influenza benefica dell'eresipela intercorrente sulle manifestazioni della sifilide: collo svilupparsi della resipola, in un caso svanirono le lesioni articolari dell' artrite acuta (Kopff) ; dopo la risipola si videro svanire, scrive l' Eichhorst, o diminuire ascessi fagedenici, il lupus.—A lungo si credette all'antagonismo fra impaludismo e tisi polmonare.

Rilliet, Barthez e Brachet sostengono che dopo il vaiuolo le alterazioni tubercolose dei polmoni si calcificano e si mostrano inclini a guarigione. Il dott. Gasperini in due epidemie di vajuolo da lui presenziate, non vide mai un tisico caderne vittima: nel 1889 il dott. Gasperini e il dott. Pezzotta, medici in Provincia di Bergamo constatavano che i vajuolosi non venivano colpiti dall'influenza. Conclusioni del Fleischmann, citato da Baginsky, circa gli effetti di certe combinazioni d'esantemi acuti : Manifestandosi nello stadio eruttivo due esantemi, il loro corso si abbrevia; il secondo mitiga il primo e viene anche abbreviato. La scarlattina o il morbillo abbreviano nello stadio suppurativo il vaiuolo mite. La suppurazione progredisce lentamente o cessa interamente: la decrostazione accade più rapidamente. La scarlattina, aggiunta al morbillo in efflorescenza, lo abbrevia.

Il prof. Cantani parlando della tisi polmonare, che considera come conseguenza anzichè della sola tubercolosi, di fatti ben più complessi, a cui il bacillo tubercolare ha preparato l'organismo scrive: « Più probabilmente una delle più importanti cause della tisi è riposta nella concorrenza di molti altri microbi nella lesione polmonare e specialmente nella suppurazione polmonare: tanto è vero che nei tisici più avanzati cogli sputi molto purulenti, tante volte non si trovano nemmeno, per molto tempo, bacilli tubercolari, mentre v' abbondano degli streptococchi, stafilococchi tetragoni ed altri ». Verneuil e Berrette osservarono la facile guarigione di ascessi freddi dopo l' infiammazione, cioè dopo la produzione abbondante nella lesione di microrganismi piogeni (De Falco).

Il maggiore medico De Renzi pubblicò casi di linfadenomi tubercolari spariti in seguito ad inoculazione spontanea di eresi-

pola sulle soluzioni di continuo. Il capitano medico De Falco vide un'adenite cervicale tubercolare, fino allora non debellata dai mezzi curativi impiegati, guarire in seguito a grave risipola facciale cervicale, sorta da un'escoriazione della mucosa nasale.

Anche la pertosse, notiamolo bene, non può rifiutarsi dal rimanere soccombente in certe infezioni multiple antagonistiche. Col Rosen, le febbri intermittenti in particolare sembrano farla cessare, ma ciò non è vero in senso assoluto. Nel 1769 regnava in Svezia la tosse convulsiva, ed io, narra, non la vidi mai sì fiera ed insolente. Tra molti altri si ammalò un fanciullo di 4 anni; poichè la pertosse ebbe durato qualche tempo, fu ad un tratto preso da una febbre quotidiana intermittente, la quale si rinnovò per molti giorni verso sera; intanto la tosse convulsiva sparve, ma dopo lo scadimento della febbre, rientrò la tosse colla medesima violenza.—Col West, egualmente che le altre affezioni febbrili e infiammatorie tanto il morbillo che la *varicella* spesso producono qualche diminuzione temporanea dei parossismi della tosse convulsiva, anzi talvolta troncano totalmente la malattia. Però non v'ha in ciò nulla di costante, poichè la tosse convulsiva spesso sembra non esser punto modificata nel suo carattere dalla sopraggiunta dell'altra malattia; mentre in alcuni casi la complicazione aggiunge lesioni nel petto, ed aumenta le sofferenze dell'infermo non che il pericolo dal male.—Eichhorst non dimentica di menzionare la combinazione della pertosse con altre malattie infettive, osservando che se la pertosse precede ed è mite, col sopravvenire della nuova infezione essa o cessa per sempre, o nei casi gravi diventa più mite, per subire più tardi una nuova esacerbazione. — Neurbutter vide la tosse convulsiva dissiparsi dopo superato il *vaiuolo.*

È mio debito richiamare la speciale attenzione del lettore su alcune constatazioni cliniche suesposte, che acquistano sommo valore per coloro che col Jenner, col Verardini, coll'Hacoius, coll'Eternon, col Fischer unificano virus vaccinico e vajuoloso; colla scuola d'Hebra, vaiuolo e varicella.

Dai compensi morbosi spontanei o batterioterapia spontanea passiamo agli sperimentali, ai clinici.

Anche in laboratorio si osservò che talora avviene di scacciare dal suo sito una specie di batterii con un altro batterio. Naegeli notò il fatto che nelle soluzioni nutrienti un fungo spesso caccia un altro. Nel mosto del vino, le soluzioni dello zucchero dei grappoli alimentano dapprima i funghi gemmipari e formano alcool. In questo si sviluppa poi il fungo della fermentazione acetica, che veniva dapprima impedito nel suo germoglio dai funghi gemmipari. Nell'aceto prosperano i funghi della muffa. Neutraliz-

zando la soluzione acida, si producono i funghi della putrefazione. (LANDERER)—Il pollo di PASTEUR, che subì felicemente la vaccinazione colerica, resiste al carbonchio: il porcellino d'India di EMMERICH, infetto con pura coltura di eresipela, resiste all'iniezione di vari batterii patogeni: i conigli di TOUSSAINT, vaccinati con virus colerico attenuato, resistono alla setticemia di DAUAINE: le cavie di ROUX, rese refrattarie al carbonchio sintomatico, resistono spesso all'edema maligno. BOUCHARD, coll'inoculazione del bacillo piocianico modificando lo sviluppo della bacteridia carbonchiosa, dimostra la possibilità di combattere una malattia infeziosa con un'altra; e GUIGNARD e CHARRIN spiegano il fatto, dicendo che i prodotti chimici elaborati dal bacillo turchino, nocendo alle cellule vegetali, attenuano il microbio carbonchioso, e con questa attenuazione agevolano al fagocitismo la vittoria. CANTANI trova che alcune colture di bacillo di KOCH divenivano sterili, se in esse veniva il *bacterium termo:* il dott. PAVONE scopre che il bacillo del tifo, messo a vegetare nello stesso terreno nutritivo del bacillo del carbonchio, progressivamente lo distrugge e con esso le spore. Le inoculazioni di bacillo tifoso in animali già inoculati di carbonchio, sembrano attenuare la virulenza di questo, onde gli animali soccombono più tardi, e talvolta possono anche salvarsi dalla morte. E. FAZIO rinviene costantemente nelle ortaglie quattro specie di microbi, di cui tre caratteristiche e tutte saprofitiche, esistenti nel suolo, e vittoriose nella lotta per l'esistenza contro i microbi patogeni del carbonchio e del tifo.

PAWLOWSKI, sperimentando su conigli infettati localmente di carbonchio, ne guariscono dietro iniezioni sottocutanee *in loco* di varii microrganismi, che in ordine di potenza antagonistica contro il virus carbonchioso sono il diplococco pneumonico, lo stafilococco aureo, il bacillo prodigioso, lo streptococco resipelatoso, lo stafilococco bianco. Dimostrò inoltre che è possibile far abortire un'infezione carbonchiosa generale, iniettando contemporaneamente bacilli carbonchiosi con diplococchi pneumonici; o con streptococchi resipelatosi, o con bacilli prodigiosi nei vasi dell'animale. I bacilli carbonchiosi sono sempre ingoiati e distrutti dai fagociti.—EMMERICH e DI MATTEI rilevano che, se dopo l'iniezione sottocutanea di una coltura di streptococco resipelatoso in un coniglio, s'iniettano in esso quantità enormi di bacillo carbonchioso, queste sono distrutte in uno spazio di 12-17 ore, prima che abbiano potuto penetrare nel sangue dell'animale. Dopo sei ore, al microscopio i bacilli carbonchiosi mostransi in disorganizzazione più o meno avanzata, senza la minima traccia di suppurazione: escluso quindi l'intervento di fagociti. Gli A.A.

invece attribuiscono la distruzione in sito dei bacilli carbonchiosi ad un veleno chimico, prodotto in modo continuo delle cellule del corpo dell'animale reso refrattario. E terminano; occorre una leggerissima modificazione della funzione chimica delle cellule, perchè ai prodotti indifferenti che esse ordinariamente secernono, si sostituiscano prodotti velenosissimi. — Landerer, toccando di questo sperimento, si domanda: Ora, in questo caso fu il micrococco della risipola che uccise quello dell'antrace, oppure, il che non è impossibile, fu l'infiammazione che accompagna la risipola a portare detto effetto?

Questi i primi passi, sebbene alcuni alquanto contrastati, di batterioterapia sperimentale, cui già qualche cosa deve, ma molto più dovrà in avvenire la batterioterapia clinica; della quale ora brevemente dico.

L'innesto vaccinico, praticato su individui già in preda ad infezione vajolosa (inoculazione a primo stadio), influisce favorevolmente su di essa, rendendola mite e di breve durata. (Griesinger, Trousseau, Jaccoud). Al Congresso internazionale medico di Nuova York (Settembre 1887) il dott. Welch asserì che l'innesto vaccinico, fatto nei debiti modi durante il periodo d' incubazione del vajuolo, ne modifica l'eruzione e ne storna l'attacco; ma per avere esiti sempre più sicuri non bisogna differire molto l'innesto vaccinico della data dell'avvenuto contagio. La vaccinazione durante il primo stadio vale meno.

Non è molto che si propose di curare il tracoma, che Schmidt riferisce a parassiti, coi gonococchi. Helst in un cancro mammario ottiene miglioramenti con inoculazioni di eresipela : Cantani e Salama fanno con successo inalare colture di *bacterium termo* a due tisici. Flugge inocula con ottimi risultati la resipola in ammalati di lupus. De Falco attribuisce la guarigione di ostinate adeniti tubercolari cervicali e inguinali, da lui raggiunte coll'ignipuntura e colla medicazione al balsamo peruviano, alla suppurazione che tali pratiche inducono; e noi già sappiamo come in questa concorrenza vitale il bacillo di Koch ceda il terreno ai microbi piogeni. Cita poi il caso d'un soldato, con lesioni tubercolose pleuropolmonari, che, preso da peritonite tubercolare lenta, malgrado le tentate e razionali cure, era ridotto in disperate condizioni. Fa allora sull'addome del suo infermo tale una pennellazione con tintura concentrata di iodo, che per un giorno intero trasse all'ammalato i più acerbi lamenti. Nel giorno successivo l'addome presenta una grossa flittene, piena di essudato purulento, che, rotta, lascia una vasta piaga suppurante. Da quel giorno i fatti addominali cominciarono a svanire: il miglioramento generale fu in breve notevole tanto da potere tornare, accompa-

gnato però, al suo paese nativo; ma le alterazioni polmonari rimasero stazionarie. Conchiude, premessa la necessità di conferme batteriologiche - sperimentali, esponendo il suo concetto teorico curativo delle glandole tubercolari nei seguenti termini: Inoculazione di coltura pura di micrococchi piogeni o dei loro prodotti di riduzione sterilizzati (più facilmente eliminabili dall'organismo e contro i quali si possiede nell'iodoformio un rimedio quasi specifico), nei focolari di bacilli tubercolari refrattari fino ad ora ad ogni rimedio, per alterarne il terreno nutritizio, e quindi ucciderli ed isolarli dall'organismo.

Il dott. Jannuzzi annunciò che l'innesto vaccinico è rimedio dell'infezione palustre cronica. Già vedemmo come il dott. Gasperini constatasse la refrattarietà dei tisici a contrarre il vajuolo; a togliere il dubbio che tale evenienza fosse un'accidentalità, persuase alcuni tisici a sottoporsi all'innesto vaccinico. Ne vaccinò cinque, insieme a molti altri sani, collo stesso virus e la stessa tecnica: nei sani l'innesto attecchì, anche in quelli che contavano egual distanza dei tisici dall'ultima vaccinazione; nei tisici l'innesto ebbe esito completamente negativo. Pei casi di sua osservazione, conclude: il virus vajuoloso e vaccinico hanno di comune un'azione antagonistica contro l'elemento morbigeno della tisi: si indaghi se tale antagonismo sia un fatto costante, e se da esso sia possibile ricavare qualche nozione di profilassi o cura contro la tubercolosi.—Gasperini e Pezzotta rimarcarono inoltre la refrattarietà dei vajuolosi a cadere vittime dell'influenza. Ultimamente Goldshmidt, attuando a Madeira la vaccinazione contro il dominante vajuolo, trova che di 112 persone felicemente innestate, nessuna fu *influenzata*: che i bambini recentemente vaccinati furono immuni dall'influenza; e il dott. Gasperini presumibilmente deduce, che il virus vajuoloso e vaccinico hanno di comune un'azione antagonistica contro l'elemento morbigeno dell'influenza.

Questa corsa rapida, e se vuolsi vertiginosa, sulla batterioterapia spontanea, sperimentale e clinica oltre a dimostrare che i moderni non trascurano affatto le osservazioni antiche, ma anzi con amore le continuano meglio sviscerandole coi lumi attuali: oltre a convincere i dubbiosi che non v'ha nulla di strano, d'impossibile nel curare i pertossici coll'innesto vaccinico, compenso morboso procurato: avvalora anche il concetto di coloro che sostengono che i germi del vaccino sono antagonisti alla vitalità dei pertossici, sia che essi distruggano gli elementi necessari alla vita di questi, sia originando sostanze chimiche velenose, o atte ad impedirne la vitalità. È l'eterna legge della lotta per l'esistenza, della prevalenza del forte sul debole, dominante nel

macro come nel microcosmo, che regola anche l'antagonismo dell'infezioni multiple: è per quella legge che nel nostro caso probabilmente i microrganismi pertossici vengono sconfitti dai vaccinici.

Ma e la febbre vaccinica, che per alcuni solo agisce diminuendo il numero e l'intensità degli accessi, o sospendendo gli accidenti spasmodici? che in altre parole combatte l'elemento nervoso della pertosse? Non v'ha qui rigorosamente dimenticato che anche CHAPMAN constatò che la vaccinazione in genere fa scomparire specialmente i sintomi nervosi.

La talora benefica influenza di morbi acuti febbrili su altri spiccatamente nervosi è conosciuta ab antico; e non sfuggì ad Ippocrate quando sentenziò: *febris spasmos solvit.* WEST porta il caso di una ragazza di 10 anni, epilettica, che colta da ileotifo mite della durata di 21 giorni, finchè ebbe febbre, non fu disturbata dagli accessi, che poi ripigliarono frequenti e intensi come prima. Col BLASI, le febbri eruttive talvolta bastano a vincere casi di epilessia. O. GIACCHI nota che una malattia febbrile violenta, p. es. il tifo può operare la guarigione dell'epilessia.— Contrariamente all'opinione di RUFZ la corea può essere influenzata dalle matattie intercorrenti. Le malattie acute, le febbri eruttive la fanno qualche volta cessare: BOUCHUT la vide momentaneamente sparire durante la scarlattina e la febbre tifoide.— NEUREUTTER ricorda il caso di una corea dissipatasi dopo superato il vajuolo. Vaccinando pertossici, il miglioramento inizia quando maturano le pustole vacciniche, quando si sviluppa la febbre; MARGARA ed io poi vedemmo che guariscono più presto coloro, nei quali la vaccinazione meglio attecchì per numero di pustole e per intensità di fenomeni generali. Ora, la ipertermia vaccinica può avere favorita la vittoria dei germi vaccinici sui pertossigeni? Lo credo, quando MAX SCHULTZE m'insegna che l'alta temperatura, oltre uccidere o paralizzare l'azione di molti batterii, accresce l'attività dei fagociti, eccitandone i movimenti, aumentandone il potere microbicida. La febbre poi può, secondo me, minare la vitalità del parassita della pertosse, disseccando alquanto la mucosa respiratoria, che così si rende impropria al suo rigoglioso sviluppo.

E sull'elemento nervoso e catarrale della tosse convulsiva, e sui focolai ove s'annidano i suoi germi, non avrà forse alcuna azione la forte rivulsione brachiale esercitata da una pustolazione numerosa e vivace?

All'opra, o colleghi: l'amore da me posto nello studiare l'interessante argomento su cui fino ad ora vi ho, siccome meglio ho potuto, intrattenuti, vi sia di sprone a ritentare nei pertos-

sici la cura dell' innesto vaccinico. Osservate imparzialmente e fedelmente riferite colla stampa i risultati che ne otterrete. Le vostre risultanze confermeranno le nostre? N'avrete lustro voi e la scienza, n'avranno sommo contento i genitori e i guariti, e un pocolino gioirò anch'io... qualche diritto, credo d'avercelo. Fu sogno il nostro? vi saremo grati d'averci svegliati.

BIBLIOGRAFIA.

Dr. Pesa Cherubino.—Cura della pertosse. Casalbordino, 1890.

Idem.—Rivista italiana di terapia e igiene. Piacenza, 1890.

Idem.—L' inoculazione vaccinica nella tosse convulsiva. Casalbordino, 1890.

Prof. Cav. F. Verardini. — Considerazioni storico-critiche sul vajuolo e sul vaccino. Rivista italiana di terapia e igiene, Piacenza, 1890.

Dr. Cav. Giuseppe Somma.—Ultimi progressi nella terapia della pertosse. Napoli, 1888.

Dr. Cav. R. Guaita. — Rendiconto statistico-sessennale. Note pratiche di pediatria. Archivio italiano di pediatria. Napoli, 1892.

Rosen. — Citato dal Melli nell' Art. *Pertosse* del Dizionario classico di medicina interna ed esterna. Traduzione italiana di M. G. Levi. Tomo 34. Venezia, 1837.

Rilliet et Barthez.—Traité clin. et prat. des maladies des enfants. Tome II. Paris, 1853.

Galligo.—Igiene e malattie dei bambini. Firenze, 1871.

West.—Lezioni sulle malattie dell' infanzia e fanciullezza. Milano, 1869.

Bouchut.—Traité prat. des maladies des nouveaux-nès, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. Paris, 1885.

Eichhorst.—Trattato di pat. e terapia speciale. Milano, 1885.

Andral.—Cours de pathol. interne. Tome I. Paris, 1848.

Dr. S. Ravicini. — Conferenze di epidemiologia e polizia sanitaria. Corriere sanitario. Milano, 1892.

Atti del primo Congresso pediatrico italiano. Roma, 1890.

L. Gasperini.—Utilità della vaccinazione. Medicina nostrana. 1892.

Margara.—L' innesto vaccinico nella pertosse. Casale, 1890.

Semmola.—Prolegomeni di farmacologia sperimentale e di terapia clinica. Napoli, 1887.

Welch. — Innesto vaccinico per far abortire il vaiuolo. Gazzetta degli Ospitali, 1887.

E. Fazio.—I microrganismi nei vegetali usati freschi nell' alimentazione (ortaglie). Concorrenza vitale fra alcune specie di saprofiti ed il B. del carbonchio e del tifo. Gazzetta ospitali, 1889.

Pawlowski.—Guarigione del carbonchio per mezzo di inoculazioni di batterii: Idem, 1888.

Emmerich e Di Mattei.—Distruzione di bacilli carbonchiosi nell' organismo. Idem.

Weichel.—Sulla casuistica dell'azione curativa della resipola nei tumori maligni. Idem, 1890.

Holst.—Sul trattamento del carcinoma della mammella mediante inoculazione dell'eresipela. Idem, 1889.

JANNUZZI. — L' innesto vaccinico contro i' impaludismo cronico. Gazzetta med. delle Puglie, 1890.
P. CARAFOLI. — Sopra un caso di vajuolo in sofferenti di febbri palustri. Riv. ital. di terapia e igiene. 1889.
PESTALOZZA F.—Note etiologiche e statistiche sull' influenza. Idem, 1891.
ID.—Commentarii terapeutici. Idem.
ID.—L' influenza nei bambini. Archivio ital. di pediatria. Napoli, 1892.
BAGINSKY.—Trattato delle malattie dei bambini.
DE FALCO.—Osservazioni patogenetiche e curative sopra alcune affezioni chirurgiche frequenti nell' esercito. Giornale medico del R. Esercito e della R. Marina. 1892.
LANDERER.—Manuale di pat. e terapia chirurg. generale.
DE BIASE. — Esiste una batterioterapia spontanea? Giornale internaz. di scienze mediche, anno X.
ID. — Ancora della batterioterapia spontanea. Gazzetta med. delle Puglie, 1890.
CACHAZO. —La vaccinazione contro la pertosse. Revue internat. de bibliographie med. ecc. 1891.
CHETMOUSCKI.— Sull' influenza delle febbri sul corso della tisi polmonare, Idem, 1891.

AVVELENAMENTO ACCIDENTALE PER ATROPINA IN BAMBINA DA TRE ANNI

CONTRIBUTO ALLA DOTTRINA DELL'ANTAGONISMO TERAPEUTICO FRA LA MORFINA E L'ATROPINA

pel Dott. IMERIO MONTEVERDI

Medico Aggiunto dell'Ospitale dei Bambini in Cremona.

La sera del 19 Marzo 1890 fui d' urgenza chiamato a soccorrere la bambina Filomena Pozzali, d'anni tre, di Cremona, che avea quattro ore prima ingojato il liquido di una boccettina, a caso capitatale fra mano, su cui stava trascritta la seguente ricetta:

Solfato neutro d'atropina)
Cloridrato di cocaina) ana cgrm. 5
Acqua distillata . . . . . grm. 15
m. s. p. collirio.

Tolte poche gocce, il contenuto, a detta dei parenti, era ancora tal quale al momento della disgrazia.

Da quanto potei raccogliere dalla sorellina maggiore, presente al fatto, la Filomena trangugiato il collirio, continuò per mezz' ora circa a giuocare, quindi cadde svenuta al suolo col respiro frequente, stertoroso, « quasi avesse il rantolo ». Riavutasi poco dopo, si diede, agitata, a camminare a zig-zag, brancolando come cieca, smaniando, borbottando parole incomprensibili, ora ridendo, ora gridando, in preda a tremore degli arti ed a brusche scosse di flessione ai ginocchi che ogni momento minacciavano di farla cadere.

Accorsi i genitori mandarono subito pel medico; e la bambina, messa

in letto, ricadde assopita. In questo stato la trovai quando ebbi a visitarla.

Ben conformata—con nutrizione generale buona—con pelle asciutta, di colorito normale, alquanto fredda alle estremità — senza edemi ed esantemi sulla superficie del corpo—giaceva la bambina in posizione dorsale, in preda a leggeri movimenti sussultori, alternati da pause irregolari e da convulsioni cloniche, di brevissima durata, degli arti superiori ed inferiori—I polsi erano debolissimi e frequenti—il respiro breve ed affrettato—la temperatura ascellare normale—Chiamata per nome, non apriva gli occhi che quando il nome era pronunciato a voce alta—trasaliva al minimo tocco cutaneo, ed aveva lieve tendenza al vomito.

Svegliata a stento, subito ricadeva assopita—invitata a bere, vi si rifiutava energicamente—non aveva fino allora orinato, nè evacuato l'alvo. La lingua era secca—le congiuntive fortemente injettate—le pupille midriatiche, non reagenti alla luce—i rami del 5° indolenti alla pressione nei loro fori d'uscita.

Negativi gli esami dei *visceri toracici* ed *addominali*.

Dopo quattro ore non si poteva pensare alla *evacuazione dello stomaco colla sonda*, nè agli *emetici* per bocca; mezzi, del resto, che nel caso nostro, molto difficilmente si sarebbero potuti impiegare, tenendo la bambina fortemente serrati i denti, sicchè una volta sola mi fu dato di aprire, di sorpresa, la bocca per provocarle col titillamento delle fauci il vomito.

Per la stessa ragione credetti inutile ricorrere all'*apomorfina*, per injezione ipodermica, essendone passata l'indicazione.

Non rimaneva che a provare la *morfina*, la quale per l'attribuitale azione antagonista colla *atropina* e per l'efficacia che, vuolsi, abbia negli *avvelenamenti da cocaina* (1), pareva più d'ogni altro consigliata.

In questa idea, praticai subito un'*injezione ipodermica di un centigr. di morfina*, cercando, in pari tempo, di risvegliare la piccola inferma con *frizioni generali di aceto aromatico e clisteri eccitanti*.

Dopo mezz'ora la fisonomia della bambina si fece più calma—il sonno più tranquillo—i polsi diventarono più sensibili—non rimaneva che l'iperestesia cutanea notata.

Raccomandai di sorvegliarla attentamente, e di darle, appena fosse possibile, per bocca un po' di vino di Marsala o qualche cucchiajo di una mistura eccitante prescrittale.

Due ore dopo tornai a vederla; dormiva d'un sonno placido — i polsi erano molto più rialzati—le pupille meno dilatate; chiamata, apriva gli occhi—non trasaliva più nel toccarla.

Al mattino, seppi che la bambina aveva dormito sempre tranquilla, svegliandosi solo per orinare. Aveva preso la medicina e un po' di Marsala—mostrava di capire le domande che le si rivolgevano—ma era ancora molto intontita.

Nella giornata continuò a migliorare—la coscienza si reintegrò al completo—le pupille divennero normali; solo era stremata di forze—alzandosi per orinare, era presa da tremito agli arti inferiori.

La mattina del 21 Marzo, anche questi fenomeni erano scomparsi, e la bambina poteva dirsi completamente guarita.

---

(1) Formulario terapeutico del Giornale « il Morgagni »—Veleni e controveleni—1889.

Ed ora alcune considerazioni.

Ammesso che il *collirio* sia stato, come risulta, ingerito per intero dalla bambina, dobbiamo esaminare innanzi tutto se le dosi dei sali, in esso contenute, erano o no separatamente velenose.

Cominciando dalla *cocaina*, la *dose di cinque centigrammi*, secondo gli studi di Delbose (1), Colpi (2), ed altri, *non sarebbe da considerarsi tossica.*

Se passiamo infatti in rassegna i molti casi di *avvelenamento per cocaina*, in questi ultimi anni purtroppo con frequenza registrati, troviamo che essi furono in generale prodotti da dosi assai superiori all'accennata (3).

Due soli fanno eccezione: quello del dott. Hallapeau (4), in cui la intossicazione avvenne, dicesi, per *una injezione nella gengiva di 8 mgr. di cocaina;* e quello, ancor contestato, dell'Abadie, nel quale la morte più che dalla *cocaina* (*5 centigr.*), pare sia stata causata da una *coincidente apoplessia cerebrale* (5).

Fuori di questi, nessun altro caso fu, per quanto io sappia, pubblicato, in cui la dose fosse uguale od inferiore ai *cinque centigrammi.*

Il dott. Colpi che nella pregevole sua memoria sulla « *tossicità della cocaina* », ebbe a raccogliere non pochi fatti in argomento, viene in base a questi a concludere: « *che l' azione tossica della cocaina può variare dai 20 centigr. ai 3 grammi* » (6), escludendo così la possibilità di una intossicazione per dose minore.

Alla stessa conclusione perviene il Delbose (7) in uno *studio clinico-statistico*, da lui fatto, « sui disordini prodotti dalla cocaina ».

---

(1) *Della cocaina e dei disordini da essa prodotti* — Journal de Médecine et de Chirurgie—Febbraio, 1890.

(2) *Tossicità della cocaina*—Rivista sintetica del dott. G. B. Colpi—Giornale « *La Terapia moderna* »—num. 7, 1890.

(3) Nessun cenno speciale sull' *intossicazione per cocaina*, mi fu dato riscontrare nei Trattati, anche più recenti, di *tossicologia*, da me consultati; le notizie in proposito furone tratte da lavori e riviste pubblicate sui periodici medici.

(4) Gazzetta degli Ospitali, num. 10, 1891.

(5) In questo caso l' infermo perdette la coscienza alcuni minuti *dopo la injezione di cocaina*, e morì alcune ore più tardi; tutto fa supporre che vi sia stato *coincidente apoplessia cerebrale da cui era stato altra volta colpito.* D'altronde egli presentava *congestione della faccia* e *non convulsioni*, mentre si sa che nell' *avvelenamento per cocaina* la faccia è livida, e non mancano le *convulsioni.* « Così riferisce il Delbose nel suo studio *sulla cocaina* e *sui disordini da essa prodotti* »—Rif. Med. 43, 1890.

(6) Pag. 436 loc. cit.

(7) Rif. Med. num. 43—1890.

In esso, dopo aver rilevato che dei molti casi di intossicazione, fino al 1890 pubblicati, in quattro soli si ebbe a deplorare la morte per l'uso del farmaco, a dosi che variavano da 0,75 a 1,50 gr. conclude: che la *cocaina può essere usata alla dose di 20 centigr.*, ma sconsiglia di raggiungerla per la possibilità di fenomeni gravi. Ciò è confermato dalla esperienza di tutti; e non vi ha medico, io credo, che, in pratica, non abbia non solo senza danno, ma con vantaggio adoperato o visto adoperare la *cocaina alla dose di 5-10-15 centigrammi* (1).

Contro il caso, fin qui unico dell'Hallapeau, il dott. Isch-Wall (2) oppone la statistica di più di 1500 infermi trattati col *cloridrato di cocaina* senza che mai si sia in essi verificato il men che minimo accidente. E di simili esempi tutti al certo possiamo riportarne. Ma vi ha di più.

La tolleranza per questo farmaco può in certi casi giungere ad un grado straordinario.

L'Hammond (3) da esperienze eseguite su sè stesso e dai risultati terapeutici ottenuti, è pervenuto alla conclusione: « che la presa di un gr. e persino di 1 gr. e 60 di *cocaina*, non è seguita da gravi conseguenze ».

Anche il dott. Montalti, dopo aver riferito un caso in cui l'ingestione di *2 gr. di cocaina* non ebbe altro effetto che di portare uno stato letargico, dal quale poi si riebbe l'infermo, dichiara « *che la dose di 1 gr. e 1|2 d'idroclorato di cocaina non può dirsi in modo assoluto mortalmente tossica* (4).

Dello stesso avviso è pure l'Erlenmeyer, il quale asserisce d'aver visto prendere persino *3 gr. di cocaina* senza che ne avvenisse la morte (5).

Ora come si spiega una così diversa tossicità, per la quale *dosi piccole di cocaina* possono, in alcuni casi, cagionare gravi fenomeni di avvelenamento, mentre in molti altri, *dosi ben più elevate* non producono alcun disturbo?

(1) Recentemente il Maurel (Bulletin gén. de thérap. fas. 10, 1892) da esperienze istituite sul sangue dell'uomo e del coniglio colla *cocaina*, è venuto alle seguenti conclusioni: 1° che nelle *injezioni ipodermiche di cloridrato di cocaina bisogna rinunziare a tutte le soluzioni superiori a 15 centigr. per 100,* pel pericolo che la cannula lacerando qualche venula o linfatico immetta parte del liquido direttamente nel sangue; 2° *che soltanto le soluzioni più deboli sono sicuramente immuni da pericoli, e di esse, sopratutto quella a 5 centigr.* » E. Maurel — *Ricerche sulle cause della morte per cocaina.*— Rif. Med. num. 91, 1892.

(2) *Sulla intossicazione cocainica*—Gaz. Ospitali, num. 10—1891.

(3) « *Sulla cocaina e sul così detto abito cocainico* ». Hammond — Rif. Med. num. 21 Dicembre 1886.

(4) Giornale Sperimentale—Settembre, 1890.

(5) Idem.

Come in generale accade per tutte le sostanze, che hanno una prevalente azione sui centri nervosi, anche per la *cocaina* le dosi tossiche variano entro limiti ampi coi diversi individui; e per dare ragione di questi fatti si sono appunto invocate le *idiosincrasie individuali*, le quali spiegano fino ad un certo punto, la possibilità di siffatte intossicazioni ma non la loro frequenza.

Secondo il Colpi questa più che all'azione speciale della *cocaina* sarebbe dovuta alle sostanze aggiuntevi per adulterarla (1), come lo proverebbero la *mancata azione anestetica* in alcuni casi d'intossicazione, ed *il diverso nosografismo* con cui spesso avviene la morte secondo che l'uno o l'altro dei centri nervosi è prevalentemente colpito.

Invece per il Delbose (2) i disordini prodotti da *dosi deboli di cocaina*, sarebbero dovuti alla penetrazione del liquido in qualche vena al momento dell'injezione; al qual proposito è bene ricordare che tanto nel caso contestato di Abbadie, quanto in quello di Hallapeau, l'avvelenamento fu provocato da un'*injezione, ipodermica* nell'uno, e *sottomucosa* nell'altro, di *cocaina*.

Comunque sia, resta il fatto incontestabile, che questa sostanza, in generale così preziosa nella pratica, può diventare, per cagioni che ancor non sappiamo spiegare, *pericolosa* (3).

E se tale può essere per un adulto, a maggior ragione poteva credersi lo fosse, quantunque in dose piccola, nel caso nostro, in cui si trattava di bambina da tre anni.

In quanto all'*atropina*, non vi ha dubbio che la *dose di cinque centigr.* sia per una bambina di questa età, *velenosa*. Il Ziino a pag. 1089 del suo pregevolissimo Compendio di Medicina Legale (4) dice in proposito: « *la dose da 7 a 10 centigr. di atropina può ritenersi senz'altro come tossica e letale* ». E questo per gli adulti. Immaginiamoci poi pei bambini!

Se pertanto l'uno e l'altro dei sali contenuti nel collirio, potevano essere, per quanto in grado diverso, pericolosi alla bambina, a *fortiori* dovevano esserlo uniti insieme, non essendovi per quanto io sappia, fra loro alcuna azione antagonista.

---

(1) Da qui il dovere di ciascun medico di assicurarsi della purezza della cocaina prima di usarla, mediante *reazioni*, che valgano a differenziarla da un gran numero di alcaloidi: *reazioni* che sono dall'A. riassunte in apposita tavola sinotica, unita alla citata sua memoria, per comodità dei pratici — Terapia Mod. num. 7, 1890.

(2) Loc. cit.

(3) Tale è pure l'opinione del Colpi là ove invita il medico ad essere «cauto nell'uso di questo farmaco, che se è veramente prezioso, *pur non è senza pericoli*»—Loc. cit.

(4) Ziino—Compendio di Medicina Legale e Giurisprudenza Medica— 1890.

E che sia così accaduto lo provano i fenomeni insorti a *breve distanza dall'ingestione del collirio*, i quali avevano tutti i caratteri di una *grave* ed *acuta intossicazione.*

Ciò che maggiormente interessa è ora ricercare quali di questi fenomeni siano dovuti all'*atropina*, e quali alla *cocaina* per potere, a seconda della loro prevalenza o meno, stabilire se la *intossicazione* sia stata *esclusivamente* prodotta dall'*atropina* o dalla *cocaina* oppure *da tutte e due insieme.*

Già abbiamo detto, e per chiarezza lo ripetiamo, che nel *collirio* la sola *atropina* era in *dose sicuramente tossica* e *letale*, mentre la *cocaina* non lo era.

Perchè questo lo fosse *in così debole dose*, bisognava che èsistesse nella bambina una *speciale idiosincrasia.*

Ora l'*esame clinico* esclude in essa, in modo assoluto, tale predisposizione. E mentre a favore della *cocaina* abbiamo due soli *sintomi*, la *intensa eccitazione sopraggiunta al sopore*, ed i *movimenti* convulsivi (1), facili del resto ad aversi in bambini il cui sistema nervoso è in sommo grado eccitabile; per l'*atropina* abbiamo invece fatti ben più importanti e numerosi quali: la *midriasi*, la *forte injezione congiuntivale*, la *tachicardia* (2), la *secchezza della lingua*, la *perfrigerazione generale*, la *lipotimia*, la *difficoltà di respiro*, la *perdita momentanea della vista* (brancolava come ceca), l'*impossibilità a tenersi in piedi* (camminava a zig-zag con tendenza continua a cadere), ed *il delirio.* Se poi aggiungiamo che le *convulsioni cloniche* e l'*eccitazione intensa* (3), notate a favore della *cocaina*, possono talvolta insorgere anche nell'*intossicazione per atropina*, noi troviamo nei sintomi della bambina tutte le note caratteristiche, e direi quasi tipiche, di questo avvelenamento (4).

Data la gravezza del caso ed il pronto miglioramento seguito all'*injezione ipodermica di morfina*, è naturale che a questa si debba ascrivere tale risultato.

Resta a domandare se la *morfina*, che si disse insieme indi-

---

(1) Secondo le esperienze di Hammond la *cocaina produce anche esagerata azione del cuore, innalzamento della temperatura e della pressione sanguigna, traspirazione e renitenza al sonno*, fenomeni che mancavano nel caso nostro.

(2) Essendo trascorse 4 ore dall'accidente, quando esaminai la bambina non potei verificare se alla *tachicardia* abbia preceduto, secondo asserisce il Ziino, la *lentezza del polso* che viene da alcuni attribuita all'azione dell'*atropina* sul ganglio inibitore cardiaco.

(3) Secondo alcuni autori nell'*avvelenamento da atropina*, per l'azione questa sui vasi della corteccia cerebrale può l'eccitazione assumere persino il carattere di *accesso maniaco.*

(4) Vedi *Sintomi dell'avvelenamento per atropina* nel libro citato del prof. Ziino.

cata contro l'*atropina* e la *cocaina*, abbia agito contemporaneamente su amendue o su una soltanto.

Dopo quanto fu detto sulla *natura dell'intossicazione* non può essere dubbia la risposta. Essendo i descritti fenomeni tossici tutti dovuti all'*atropina*, e nessuno alla *cocaina*, la *morfina* non può aver agito che contro i primi, i soli che s'imponevano nel quadro clinico della bambina.

Così essendo, noi abbiamo nell'esito fortunato di questo caso, una nuova conferma della *dottrina dell'antagonismo terapeutico tra la morfina e l'atropina*; *antagonismo* che, questo caso, sarebbe anche dimostrato dal fatto che *senza di esso la dose di morfina injettata avrebbe dovuto produrre nella bambina gravi sintomi d'intolleranza e metterne forse in pericolo l'esistenza.*

Il prof. Filippi nell'ottimo suo *Manuale di Medicina Legale*, a pag. 432 (1) dice in proposito: « i bambini sono sensibilissimi alla *morfina*, come in generale ai preparati dell'oppio; è necessario quindi cominciare da dosi piccolissime, *specialmente praticando le injezioni sottocutanee, per le quali è prudenza non oltrepassare dai 5 milligr. ai 2 centigr. a più riprese per abituare l'organismo.*

Così il Ziino (2), dopo aver detto che « la *morfina* in forma di *cloridrato* riesce fatale per un adulto, *a 5 - 10 centigr.* (3), tanto in pillola quanto in polvere o soluzione, sia per la via endermica che ipodermica », avverte che « *a fortiori* pei bambini ne occorre quantità assai piccola ».

Nella *tavola di* Gaubius (4), ove, in base a numerose osservazioni, è indicata la *dose dei veleni secondo le età*, è detto che a *3 anni basta 1[6 della dose ritenuta tossica per un adulto*; e Briand, riportandolo nel suo Manuale, osserva che a tal regola fanno eccezione gli *oppiacei*, l'*oppio*, la *mofina*, il *laudano*; «l'*opium*, egli dice, *est pour l'enfant un poison énergique à toutes les doses* ».

Come si vede, è completo l'accordo nell'ammettere nei bambini questa specie di *idiosincrasia contro i narcotici* e *la morfina in ispecie; idiosincrasia*, che non di rado si riscontra anche in adulti, per *1-2 centigr.* soltanto di *morfina*.

Nella letteratura medica sono parecchi gli esempi di bambini

(1) *Manuale di Medicina Legale*— Conforme al nuovo Codice Penale per il dott. Filippi—Milano, 1891.

(2) Loc. cit.

(3) Il Tardieu è più esplicito; egli dice senz'altro « *che basterebbero 5 centigr. di morfina per uccidere un uomo adulto* ». Manuale di Med. Legale del Filippi.

(4) *Manuel Complet. de Médecine Légale*, par J. Briand—Paris, 1874, p. 460.

avvelenati con piccolissime dosi di *morfina* e di *laudano*. Il Ziino cita tra gli altri un caso, a lui occorso, di una fanciulla avvelenata per due soli cucchiai di *sciroppo di morfina*, prescrittole con sbadataggine contro la tosse (1).

Per queste considerazioni è facile comprendere che la *injezione di un centigr. di morfina*, da me praticata *in una sol volta*, non era, in una bambina da tre anni come la nostra, affatto esente da pericoli; e l'averla essa tollerata, con effetto anzi benefico sui fenomeni tossici dell'*atropina*, è *non dubbia prova della virtù antagonista* di questa con quella.

Nè vi sarebbe certo necessità d'insistere a lungo su tale conclusione, se proprio in questi ultimi tempi non fosse stata messa da taluni in discussione siffatta dottrina.

Fu in seno alla Società Terapeutica di Parigi che si dibattè, credo per la prima volta, tale questione. Risulta infatti dal resoconto della Seduta 14 Marzo 1890 (2), che i dottori Créquy ed Huchard misero in dubbio l'*antagonismo farmacologico della morfina* coll'*atropina*, mentre Liegeois e Catillon lo sostennero.

Gli argomenti addotti dai primi non hanno certo molto valore. Dimostrato che l'idea già vecchia dell'*antagonismo*, riposa unicamente (sic) sul *fatto* che la *morfina* determina la dilatazione delle pupille, e l'*atropina*, per contrario, produce la miosi, dissero che « non vi ha ragione perchè esista fra queste due sostanze, con effetti fisiologici differenti, un vero *antagonismo terapeutico* ».

Su questo *fatto* ha per altro il Créquy invitato i colleghi a fissare l'attenzione « perchè, disse, in alcuni casi d'avvelenamento si potrebbe vedere il succedersi dei due effetti tossici, volendo ricorrere ad uno di questi medicamenti come antagonista dell'altro » (3).

Molto più serie, se non convincenti, sono le osservazioni portate *contro la dottrina dell'antagonismo*, dal dott. Unwerricht in una nota pubblicata nel num. 45 del Central. f. Klin. med., Anno 1891 (4), che brevemente qui riassumo.

In essa l'A. comincia col combattere l'affermazione dei medici antichi, difesa anche ultimamente da Heubach e Binz, che l'*atropina sia un antidoto della morfina*. In appoggio riporta il parere di Lenhartz, il quale non solo criticò il presunto antago-

(1) Vedi libro citato Ziino pag. 1049.
(2) Rif. Med. num. 142—1890.
(3) Ciò che infatti si è verificato nel caso nostro, ove la *midriasi atropinica, dopo l' injezione di morfina*, andò diminuendo fino a scomparire completamente.
(4) Vedi Rif. Med. num. 268—1891 e Gazzetta Osp. num. 96—1891.

nismo di quei due veleni, ma cercò anche di dimostrare con esperienze nuove, « che gli animali muojono più rapidamente per l'azione combinata dei due veleni che per l'azione di ciascuno separatamente; *e che non è da raccomandarsi l'uso dell'uno dei due nell'avvelenamento dell'altro* ».

Venendo poi alle proprie osservazioni, l'UNWERRICHT cita un fatto occorsogli, che deporrebbe, secondo lui, «contro il creduto antagonismo della morfina coll'*atropina*»—Ecco di che si tratta.

Avendo visto insorgere il *fenomeno di* CHEYNE-STOKES, dopo l'injezione di *un centigr. di morfina*, in un ammalato di *enfisema polmonare con degenerazione cardiaca*, egli tentò di approfittare della virtù antagonista attribuita all'*atropina*, injettandone *un milligr.*, nella speranza che l'*atropina* stimolasse il centro del respiro.

Invece di diminuire, il disturbo respiratorio crebbe così da non incoraggiarlo a ritentarne la prova.

Non solo, ma in seguito, avendo ricorso nello stesso infermo all'*atropina* soltanto, questa in sè e per sè, determinò il *fenomeno di* CHEYNE-STOKES, come aveva fatto la *morfina*.

Diverse esperienze, da lui praticate sulla corteccia cerebrale dei cani, vennero a confermare la sua tesi. Con esse provò che la *morfina*, a differenza dell'*etere*, *cloroformio* e *cloralio*, anzichè diminuire, aumenta l'*eccitabilità motrice della corteccia cerebrale*, ad arte provocata dall'*atropina*.

Ed è in base a queste osservazioni, che «*dimostrano*, son sue parole, l'*insussistenza dell'antagonismo dell'atropina e della morfina nè riguardo alla loro influenza sul cervello, nè riguardo a quella loro sul respiro* », che egli crede di dover «*mettere in guardia i medici sull'uso di queste sostanze come antidoti* ».

Per quanto serie, tali obbiezioni non sono però, come dissi, molto convincenti.

Innanzi tutto sta il fatto, che non si può certo trascurare, che nella letteratura medica, come giustamente hanno rilevato anche i dottori LIEGEOIS e CATILLON (1), si sono verificati *casi in cui forti dosi di morfina e atropina associate furono prese senza alcun danno, ed altri, non pochi, in cui l'avvelenamento per una di esse venne efficacemente combattuto coll'uso dell'altra quale antidoto.*

Ora per quante esperienze si facciano sugli animali, e per quante osservazioni si pubblichino in contradditorio, non è lecito, almeno fino a che non sia luminosamente dimostrato il con-

(1) Vedi Resoconto seduta 14 Marzo 1890, Società Terapeutica di Parigi, loc. cit.

trario, distruggere tutti questi fatti nella letteratura medica registrati, e che ancor oggi si vanno raccogliendo colla più scrupolosa diligenza (1).

Ma vi ha di più. Alle esperienze ed ai corollari dall'UNWERRICHT dedotti, noi possiamo contrapporre altre conclusioni ed esperienze, con pari dottrina istituite dal REICHERT (2), le quali col spiegare alcuni punti controversi, dànno la vera nota giusta della questione.

Stabilito colle sue esperienze che l'*atropina* agisce sulla funzione respiratoria contemporaneamente *in due maniere opposte*, l'*una periferica*, che tende a diminuire; l'*altra centrale*, che tende ad accrescere, il REICHERT viene a trarne la conseguenza: « che l'avverarsi, in un dato caso, di un aumento o di una diminuzione di frequenza del respiro, dipende, *cœteris paribus*, dalla prevalenza dell'uno o dell'altro fattore ».

Dal che conclude colle seguenti parole, che sembrano appositamente dettate in risposta alle conclusioni, già riferite, dell'UNWERICHT :

«*Ad ogni modo risulta evidente che l'atropina non può riguardarsi come valido stimolante respiratorio, e che quindi, le sue proprietà antidotiche nell'avvelenamento da morfina, debbono ricercarsi in altri fattori, finora non determinati* ».

Ed è a questo concetto esatto e preciso che noi dobbiamo riportarci in codesta importantissima questione, allo stato della quale noi non possiamo trarre che una sola conclusione, quella cioè: *che fino a prova contraria, esiste fra la morfina e l'atropina un vero antagonismo terapeutico.*

Cremona, Dicembre 1891.

---

(1) Nel 1889 il dott. T. H. WILLIAMS pubblicò sulla — The Therap. Gazette — «*un caso di avvelenamento per morfina*», in cui la guarigione ottenuta con forti dosi d'*atropina*, ha luminosamente dimostrato l'*antagonismo farmacologico* fra queste due sostanze. Altri *due casi di avvelenamento per morfina*, guariti con *injezioni ipodermiche d'atropina* ad alte dosi, furono osservati dai dottori I. M. SWAN e ROBERT, e da quest'ultimo raccolti in un articolo pubblicato sul num. 5 del Fortshr. d. Med. 1890, sotto il titolo «*Atropina come antidoto della morfina e dell'oppio*». Vedi il Giornale «*La Terapia Moderna*» num. 188 e num. 9—1890.

Ultimamente, quando già era in corso di stampa questa mia nota, ho visto riportato nel N.° 257 della Riforma Medica — 1892: un'altro «*caso di avvelenamento da atropina guarito* dal Dott. RUDOLPH *colla morfina*»

(2) *Su certe azioni fisiologiche dell'atropina*—REICHERT.—Rif. Med. num. 43 1891.

Casistica dello Spedale di bambini Meyer di Firenze.

I. SOPRA UN CASO DI PERITONITE TUBERCOLARE CURATO FELICEMENTE CON LA LAPAROTOMIA.
II. SOPRA UN CASO DI NEFRITE PARENCHIMATOSA ACUTA CON ESITO LETALE NEL DECORSO DI UNA IMPETIGINE

per il Dott. PIETRO CELONI

Libero Docente di malattie di bambini presso il R.° Instituto
di studî superiori di Firenze
Medico Primario nel R.° Arcispedale S. M. Nuova.

Durante due quadrimestri, nei quali ho avuto la direzione della sezione medica nello Spedale pei bambini in Firenze, mi è occorso di osservare alcuni casi che ho creduto conveniente di pubblicare, ritenendo doveroso per chiunque ha la fortuna di esercitare in uno spedale, rendere di pubblica ragione tutto ciò che si può supporre possa arrecare anche il più modesto contributo al continuo edificio della scienza. La importanza per propria indole dei fatti osservati, piuttostochè lo studio imperfetto da me fatto dei medesimi, mi ha incuorato alla loro pubblicazione; e, se io mi sarò male apposto, spero che il benigno lettore terrà almeno in conto le mie buone intenzioni.

Ho appena bisogno di ricordare che la laparotomia, quale mezzo di cura della peritonite tubercolare, è cosa di recente data e che la prova della utilità di tale compenso terapeutico si deve al puro caso o, per meglio dire, a laparotomie fatte in malati di peritonite tubercolare, sui quali si era formulata un' altra diagnosi, come quella ad esempio di *ciste ovarica*. La utilità impreveduta della laparotomia in questi casi, sebbene l' operatore si fosse il più spesso limitato ad una semplice apertura del ventre, fu di eccitamento ad altri a ripeterla non più dopo uno sbaglio diagnostico, ma a deliberato proposito; e il prof. KOENIG, all' ultimo congresso internazionale, riferiva 13 casi di peritonite tubercolare così operati, dei quali aveva perduti solo quattro, e riportava una statistica di 131 laparatomie, delle quali 84 (65 p. 0[0) seguite da guarigione. Per guarigione egli intende la mancanza di segni di recidiva nel lasso di due anni almeno; tempo questo non ancora trascorso nel caso che sono per narrare. Il predetto professore si poneva la questione se tali guarigioni sieno a credersi definitive tanto dal punto di vista anatomico quanto clinico. Egli è difficile, egli dice, rispondere a siffatta questione per ciò che concerne individui tuttora viventi.

Frattanto due casi dimostrativi sono stati riferiti da altri chirurghi, nei quali alla necroscopia non fu possibile scuoprire alcuna traccia di tubercoli nel peritoneo. Pare che il metodo dell'atto operatorio non abbia alcuna influenza sui resultati ottenuti, perchè sui predetti 131 casi la guarigione fu constatata dopo una semplice incisione del peritoneo, come dopo le laparotomie seguite dalla estirpazione di masse tubercolari, caseose e verrucose; e sembra pure che lo impiego di sostanze microbicide non eserciti alcuna influenza sul resultato definitivo della operazione (1).

« Il 7 Marzo 1891, veniva ammessa nello spedale Meyer la bambina « Giuseppina Quirici, di Fabio, di anni 5, da Firenze. La medesima da « me esaminata ripetutamente nei giorni successivi insieme col dott. An« dreucci, Assistente al suddetto spedale di bambini, era abbattuta, pal« lida, mediocremente nutrita. Aveva respiro affannoso e frequente 60, a « tipo costo-addominale e con escursioni più ampie a sinistra che a de« stra. All'esame del torace si notava a destra una ottusità di suono as« sai pronunziata estesa dalla fossa sopraclavicolare alla 5ª costa con « respiro debole, indeterminato e qualche rantolo subcrepitante nelle pro« fonde inspirazioni; nella regione omonima sinistra il respiro era vessi« colare ed esagerato. Nella fossa sopraspinosa e sottospinosa a destra « notasi ipofonesi e respiro debole: a sinistra invece suono chiaro e re« spiro vessicolare esagerato. Spesso si udirono dei rantoli subcrepitanti « nella metà posteriore ed inferiore di destra.

« All' esame del ventre assai slargato sui fianchi e voluminoso spe« cialmente in alto, si ha suono timpanico fino ad una linea concava in « alto, il cui punto più basso tocca la cicatrice ombelicale che fa ernia. « Da questa linea in basso la risuonanza è ottusa. Alla palpazione del « ventre si riconosce manifesta la esistenza di una idrope ascite. Durante « i movimenti che si fanno fare alla piccola malata l'ernia ombelicale « diviene assai voluminosa e tesa ed il liquido esistente nel cavo peri« toneale entra nel sacco della ernia. La sera del 7 Marzo la tempera« tura era di 38,1°, le pulsazioni 138, il respiro 60.

« Dall'anamnesi raccolta risulta che la bambina è stata sempre mala« ticcia e tossicolosa, che la ernia ombelicale è congenita. Il ventre sa« rebbe stato da molto tempo voluminoso, ma nessun fatto che potesse « segnare lo inizio della idrope ascite colpì l'attenzione dei genitori, i « quali notarono soltanto che le condizioni di salute della piccola infer« ma si aggravarono dal Gennaio del 1891 dopo una malattia eruttiva da « essa superata, non sappiamo bene se scarlattina o morbillo. Fu appunto « da quel tempo che essa ebbe febbre tutte le sere, che il ventre andò « aumentando di volume e che la tosse crebbe di frequenza.

« Gli altri dati objettivi raccolti nei giorni di degenza della bambina, « nello spedale sono i seguenti:

« Ai lati del collo si ode un rumore di trottola: la punta del cuore « batte nel IV spazio intercostale all' indentro del capezzolo: larghezza « del cuore cm. 7, lunghezza cm. 9, tuoni netti. Milza larga cm. 7, lunga « cm. 9. La ottusità del fegato misura sulla L. mediana 5 ctm. sulla L

(1) La malata fu presentata all'Accademia medico-fisica nella seduta del 12 Luglio 1891.

« parasternale 7 ctm. su quella mammillare 8 ctm. sull'ascellare 11 ctm·
« limite sinistro 5 ctm. dalla linea mediana. Il ventre misura nella L.
« ombelicale traversa 53 ctm. in quella xifo-ombelicale 14 ctm. e in quella
« onfalo-pubica ctm. 9. L'area dello stomaco arriva sulla L. mediana a
« due dita traverse al di sopra della cicatrice ombelicale e a destra sulla
« linea emiclavicolare. Del resto la bambina ha rari colpi di tosse e le
« funzioni digestive si mostrano disturbate per diarrea.

La diagnosi da me emessa fino da principio fu: *bronco - alveolite del lobo superiore del polmone destro e peritonite lenta con idrope-ascite, ingrossamento del fegato e della milza ed eclasia dello stomaco.*

La esistenza simultanea di un'affezione del polmone e del peritoneo, la grande frequenza della tubercolosi nei bambini, massime della bassa classe, mi fece tosto ritenere probabile la natura tubercolare delle lesioni constatate, sebbene dopo le osservazioni del prof. GALVAGNI non possa più dubitarsi della esistenza di una peritonite primaria in seguito di raffreddamenti o di cause traumatiche (HENOCH) od anco affatto spontanea, ossia senza causa dimostrabile. Aggiungasi che la peritonite primaria fu osservata in taluni casi dopo il decorso del morbillo (FIEDLER, HENOCH) (1) e nel nostro caso si era osservata appunto una eruzione, dopo la quale il ventre aveva cominciato a farsi voluminoso. Non ostante queste considerazioni ritenni più probabile la natura tubercolare delle lesioni sopranotate.

« La cura instituita fu quella espettorante, infuso di poligola, la diu-
« retica, decotto di ononide spinosa con acetato di potassa, l'antifebbrile
« col tannato di chinina, e infine la risolvente con pennellazioni di col-
« lodione al jodoformio sul ventre. A contenere la ernia fu applicato un
« apparecchio compressivo del Beslier.
« L'andamento della febbre fu molto irregolare: la temperatura, che
« oscillò nei primi giorni di degenza della malata nello spedale fra i
« 38,1° e 38,6° raggiunse solo la sera del 9 marzo 40,1° per poi rima-
« nere normale nei giorni 13, 14, 15 di detto mese, e risalire nella se-
« conda metà di questo solo due volte al di sopra di 38°.
« Nel mese di Aprile la temperatura per ben 24 giorni non sorpassò i
« 37,6° e le condizioni del petto e quelle generali indicavano un note-
« vole miglioramento, tanto che non seppi decidermi per il momento ad
« accettare la proposta del Collega dott. SACCHI, Chirurgo di servizio nello
« spedale Meyer, il quale per le ragioni che esporrò più sotto mi pro-
« poneva di praticare la laparotomia invece della paracentesi.

Pensava di praticare questa operazione per remuovere la idrope-ascite non solo persistente, ma eziandio un poco cresciuta,

(1) Lehrbuch der Kinderkrankh. von Dr. UNGER. Wien 1890 p. 130.

perchè il miglioramento suddetto mi faceva dubitare della natura tubercolare dell'affezione e l'Henoch (1) raccomanda di praticare sollecitamente la punzione nei casi di versamento da peritonite primaria.

Nel dubbio non venne praticata nessuna operazione, e nelle due prime decadi del mese di Maggio il miglioramento nelle condizioni del petto e in quelle generali si accentuò sempre più tanto che la temperatura vespertina solo sette volte raggiunse 37,5° e una sola sera 38°. Ma il versamento peritoneale era in aumento e la linea ombelicale trasversa segnava 56 ctm. quella xifo-ombelicale 14,5 e la onfalo-pubica 11 ctm. Dovendo ritenere che le condizioni del ventre erano quelle che mantenevano lo stato subfebbrile notato e impedivano il completo ristabilirsi della bambina, mi decisi ad affidarla per la cura ulteriore al collega dott. Sacchi.

Egli dividendo completamente la mia maniera di vedere, poneva la questione se fosse giovevole procurare un uscita al versamento peritoneale e quale fosse il metodo migliore da seguirsi in tal caso. Non vi era da dubitare circa al primo dato della questione che la remozione del liquido raccolto nell'addome era indicata sia dalle condizioni generali che locali dell'affezione: generali per la febbre che non si poteva riferire alla malattia del petto; locali per lo stato di atonia intestinale consecutivo a edema e imbibizione della muscolare degl'intestini. Quanto al secondo punto, se cioè la remozione del versamento dovesse farsi per mezzo di una semplice puntura o mediante una laparotomia, il dottore Sacchi era confortato a preferire la seconda per le seguenti considerazioni:

I. Dato il caso che l'ascite dipendesse da una malattia (tubercolosi od altro) localizzata esclusivamente in qualche organo dello addome (ovaja, milza, glandole), la incisione del ventre dava il modo di praticare anche eventualmente una cura radicale: mentre la semplice puntura necessariamente era sempre un soccorso palliativo.

II. Se invece il versamento peritoneale stava in dipendenza di una tubercolosi generalizzata a tutto il peritoneo o fosse invece di quelli, dei quali ancora s' ignora la natura e la genesi, quali si osservano nella età giovanile ma piuttosto verso l'adolescenza che nella infanzia, sia nell'uno che nell'altro caso la laparotomia era da preferirsi; nel primo caso, per i risultati favorevoli che sono stati ottenuti da molti chirurghi con la medesima operazione nelle asciti tubercolari; nel secondo, per la nessuna gra-

(1) Lehrbuch. der Kinderkrankh. von Dr. Unger. Wien 1890, p. 131.

vità dell'atto operativo circondato da tutte le precauzioni antisettiche. Non vi era nemmeno una contro-indicazione relativa fornita dallo edema delle pareti del ventre, perchè sebbene l'ascite non fosse recentissima e vi fosse febbre, le pareti si mantenevano in condizioni normali. Per tali ragioni era più che giustificato l'atto operativo, nè poteva protrarsi più a lungo stante la sperimentata inefficacia della cura medica, o rimettersi a un tempo ulteriore dopo provata la inefficacia della puntura semplice, attesa la possibilità di una infezione nuova trapiantata nel ventre con la medesima.

Fatta quindi preparare convenientemente l'ammalata a questo atto operativo fu proceduto quanto più presto fu possibile e con tutte le cautele volute.

« Il dott. SACCHI, alla cui gentilezza debbo tutti questi particolari dell'a « operazione, alla quale io assistei, fece una incisione mediana lunga 10 « ctm. contornando la cicatrice ombelicale per togliere di mezzo la ernia « ombelicale, conservando la cicatrice e aperto il ventre e introdottavi « una mano non gli riuscì di sentire alcun organo o del piccolo bacino « o dell'alto dell'addome che presentasse segni di speciale resistenza o « deformazione o aderenze; invece il peritoneo tanto viscerale che parie- « tale era rugoso, come una pelle di pesce, e gli intestini conservavano « la loro mobilità. Tirate quindi fuori alcune anse intestinali, queste ap- « parvero lucenti, tese e iniettate e di una consistenza aumentata e gre- « mite sul loro rivestimento peritoneale di uno infinito numero di eleva- « zioni di varia forma e lunghezza, prismatiche, sferoidali, piramidali. « Di esse alcune si erano rese peduncolate, e di queste come delle altre « ne furono tolte alcune per sottoporle allo esame microscopico. Le gra- « nulazioni sessili avevano un colore giallo-roseo, quelle peduncolate pen- « devano al giallo: quelle avevano resistenza maggiore, queste più cede- « voli, per cui appariva anco allo esame macroscopico che le seconde « fossero uno stadio ulteriore o più avanzato delle prime. Al che credere « confortava anco il fatto che queste seconde erano più voluminose delle « prime, più rare e peduncolate. Allo esame del ventre aperto appariva « quindi una tubercolosi generalizzata del peritoneo senza che fosse pos- « sibile, scuoprire che qualche organo ammalato di tubercolosi fosse stato « il focolaio primitivo. Il liquido ascitico era in quantità piuttosto scarsa: « appariva di colore biancastro e torbo e non fu raccolto per sottoporlo « allo esame. Per farlo scolare completamente fu rovesciata la posizione « della bambina impedendo la fuoriuscita degli intestini; indi riposta la « paziente nella posizione supina, fu introdotta una certa quantità di so- « luzione al sublimato 1 : 4000 e fattale percorrere tutta la cavità, sco- « lata essa pure, venne eseguita una lavanda con acqua distillata. Le so- « luzioni adoperate erano tutte calde e circa a 40°. Dopo questo fu pro- « ceduto alla sutura e alla medicatura.

« La paziente non ebbe a soffrire alcun disturbo successivamente alla « subita operazione salvo un pò di vomito. La temperatura vespertina « oscillò nei primi sette giorni dai 36,8° ai 37,2° e solo si ebbe nei primi « due giorni uno aumento della dispnea con respirazioni frequenti fino a « 72 al minuto con proporzionale aumento del numero delle pulsazioni.

« Dopo 7 giorni alla prima medicatura si constatò che la riunione aveva

« avuto luogo senza che si verificasse recidiva sulla linea di sutura, sebbene un lembetto di pelle intorno all' ombelico cadesse in cangrena e lasciasse una perdita di sostanza granuleggiante che guari poi di seconda intenzione, contrariamente a quanto succede quando si pongono in comunicazione con la pelle dei focolai tubercolari profondi. Ma forse qui, nota il dott. Sacchi, non era lo stesso caso, perchè la riunione della sutura profonda avvenne per prima; ed è solo rimarchevole come un peritoneo così tempestato di granulazioni e per conseguenza di tessuto tubercolare, se di tale natura erano quelle granulazioni, non si mostrasse disadatto ad una riunione di prima intenzione.

Il 31 Maggio ebbe luogo la seconda medicatura e il 7 Giugno la terza, « nella quale si cruenta la regione corrispondente all'ombelico e si danno quattro punti di sutura. Fu la sera di questo giorno che la paziente ebbe una temperatura di 38,5°.

« La bambina pesata nuda col telo e la medicatura il 7 Giugno segnava 14,600 grammi. Il ventre molto diminuito di volume, era però sempre molto sporgente in alto e a sinistra per l' ectasia gastrica. In tutto il rimanente del mese di Giugno la temperatura fu affatto normale la mattina, eccetto una sola volta che fu di 38,3° e tale fu anco quella della sera, se si fa astrazione da due sere, quelle del 15 e del 23 con temperatura di 37,5° e 37,6°. Presso a poco lo stesso si verificò nella prima decade di Luglio, ove si osservò solo nella sera del 7 e 10 una temperatura di 37,9° e 37,8°. La bambina pesata il 3 Luglio mostrò in questo giorno un aumento di peso di poco più di un chilogrammo, tanto era migliorata nelle sue condizioni generali, e localmente non si notava più nè dolorabilità, nè tumefazione del ventre od altro segno che potesse indicare la riproduzione del versamento ».

Il dott. Sacchi è dispiacente che, sia per la scarsezza del materiale raccolto che per la difficoltà di simili ricerche, non possa presentare un reperto microscopico delle granulazioni asportate che abbia un valore concludente circa la loro natura. Le medesime furono sottoposte a trattamenti diversi, tanto quelle gialle che quelle grigie, sia per constatare la struttura del tessuto che le componeva che per ricercare la esistenza dei bacilli tubercolari. Le granulazioni gialle presentavano una struttura d'insieme analoga a quella che si osserva nei tubercoli solitari del cervello, cioè : un reticolo compenetrato da numerosissime granulazioni adipose, ciò che dimostrava la loro degenerazione grassa. Le granulazioni grigio-rosee non gli permisero, attesa la loro scarsezza di fare molti preparati. Non ostante in qualcuno di essi, oltre a un tessuto reticolare ripieno di cellule linfoidi, si potè riscontrare anche qualche cellula gigante, perfettamente simile a quelle che si osservano nei tubercoli grigi: in altre preparazioni trattate convenientemente per la ricerca dei bacilli tubercolari con diversi metodi, anco quello del Gabbet, non fu possibile ritrovare tracce dei medesimi. Quindi sebbene dal lato clinico e anatomo-patologico macroscopico l' affezione si potesse

ritenere con tutta ragione come una tubercolosi peritoneale primitiva, in sua vece il reperto microscopico non confermava nè escludeva tale ipotesi. Dico ipotesi in quanto che lo stato attuale della bambina senza tracce di affezioni tubercolari degli organi del ventre o di quelli di altra parte del corpo dà qualche motivo a ritenere che quella specie di tubercolosi generalizzata del peritoneo o non fosse una vera tubercolosi o fosse di una specie diversa da quelle ordinarie e che hanno, a differenza di queste, per carattere di rimanere preferibilmente localizzate, come la tubercolosi dei polli illustrata dal prof. MASSANI e delle quali una guarigione mediante una degenerazione grassosa e successivo riassorbimento costituiscono un risultato altrettanto inesplicabile quanto fortunato ottenuto mediante la laparotomia.

Il 19 Giugno di questo anno 1892 veniva nuovamente ammessa allo spedale Meyer la Giuseppina Quirici per affezione acuta di petto. Infatti riscontrammo nella bambina febbre leggiera e all'esame del petto una ipofonesi in tutta la estensione del lobo superiore del polmone destro con respiro debole, indeterminato e rantoli secchi nella fossa sopraspinosa, mentre nel resto del petto i rantoli erano meno fitti e umidi. A sinistra il respiro è esagerato. Nel ventre non si nota niente di anormale. Il fegato sorpassa sulla linea mammillare di un dito trasverso l'orlo condrale, la milza è lunga 7 e 1|2 centimetro e larga 5 e 1|2. Il 26 di detto mese la bambina era apirettica ed aveva perduto dal 19 Giugno al 30 detto grammi 700 pesando in questo ultimo giorno 15,700 grm.

Dopo un anno si constatava conseguentemente la persistenza dei felici resultati ottenuti con la laparotomia, sebbene le condizioni del petto, bronco-alveolite destra, fossero quelle di prima ed anzi si fossero negli ultimi giorni aggravate.

Ho comunicato anticipatamente questo caso in occasione del congresso pediatrico a Napoli, sebbene non sieno ancora trascorsi i due anni stabiliti dal prof. KOENIG per riguardarlo come un caso di peritonite tubercolare guarito con la laparotomia.

(continua).

SULL'ALBUMINURIA NELLA MALARIA INFANTILE

per il Dott. CLEMENTE FERREIRA

Coadjutore alla Clinica delle malattie dei bambini alla Policlinica di Rio-Janeiro (1).

La malaria, che, senza dubbio, costituisce la parte più saliente e costante della patologia in questa città, interessa in

(1) Traduzione di G. SOMMA.

tante svariate maniere i differenti apparecchi organici, disturba in tanti diversi modi le varie parti della economia, che riesce assai spesso difficile di risolvere la questione di sapere se la malattia, o la sindrome che si ha sott'occhi, sia un'affezione autonoma oppure il risultato dell' influenza della infezione palustre che si nasconde sotto la maschera dell'uno o dell' altro quadro fenomenologico.

Da parecchio tempo è ben noto che il germe palustre influenza qualche volta l'apparecchio renale, e nelle febbri perniciose l'oliguria e l'albuminuria sono state molte volte constatate. Sembra intanto che la frequenza delle determinazioni renali della infezione malarica non è stata ancora messa in evidenza; e, per quanto io sappia, il lavoro di Mossé, presentato nel 1889 all'Accademia di Medicina di Parigi, costituisce il primo e finora il solo studio completo su questo importante soggetto.

L'osservazione accurata di casi clinici presentati nel dispensario delle malattie di bambini alla Policlinica e dei differenti fatti raccolti nella mia clientela privata, mi autorizzano a conchiudere che i disturbi delle funzioni renali nell'impaludismo sono molto più comuni di quello che si è inclinati a credere, e che l'albuminuria in ispecial modo è un sintoma molte volte osservato nella clinica infantile.

E, non è solamente nelle forme febbrili dell'infezione palustre che si riscontra l'albuminuria come l' espressione dell' influenza del germe malarico sulle funzioni del filtro renale ; anche nell' impaludismo apiretico, nella malaria latente non a raro si riscontra la comparsa di un' albuminuria più o meno accentuata, la quale in parecchi casi passa inosservata quando non è considerata come l' espressione di un processo di nefrite diffusa e come un sintoma importante della malattia di Bright.

Nel servizio della Policlinica, diretto dal Dott. Moncorvo, abbiamo frequentemente riscontrata l' albuminuria in un gran numero di analisi che abbiamo appositamente praticate. Cercando di studiare i disordini orinarii cagionati dalla malaria, abbiamo fatto successivamente differenti esami in molti infermi malarici, che sempre costituiscono il contingente principale degli ammalati che occupano il reperto. Come conchiusione sul grado di frequenza con la quale si presentano i differenti disturbi delle funzioni renali della malaria, abbiamo dedotto che l'albuminuria rappresenta il disturbo più comune in parecchi casi, venendo in secondo posto la poliuria semplice ed in terzo la glicosuria, che anche costituisce un fenomeno eccezionale, come risulta da una larga osservazione.

L'interessante è che non raramente l'albuminuria si accompa-

gna ad edema della faccia e degli arti inferiori molto simile a quello che si riscontra nella malattia di Bright.

Del resto, è fuori dubbio che assai spesso manifestasi un vero processo di nefrite, e nella tavola delle nefriti infettive, la nefrite palustre occupa un posto saliente.

Ma, pria che questa abbia luogo, l'urina si presenta per lungo tempo molto ricca di albumina, che scompare e presentasi novellamente senza regolarità alcuna; nei casi ove l' infezione, è apiretica, od allorquando la malaria si estrinseca in modo intenso e con accessi d'ipertermia, la cifra dell'albumina è parallela alle esacerbazioni termiche aumentando durante le elevazioni termometriche, e diminuendo o scomparendo nei periodi dell'apiressia.

Nel decorso anno ho avuto l'occasione di osservare in due bambini dei fenomeni d' infezione malarica manifestantisi con albuminuria e con edemi della faccia e degli arti. In uno di essi vi era febbre che si presentava sotto il tipo intermittente e l'albuminuria manifestavasi nella ricorrenza dei parossismi termici. Il bambino offriva un grado rilevante di edema della faccia, delle mani e dei piedi; ma non aveva edema viscerale, nè dispnea uremica. Le orine, abbenchè diminuite non erano abbastanza ridotte e non presentavano punto intensa colorazione.

Mercè l'intervento del trattamento clinico e delle injezioni di caffeina, alle quali feci ricorso sia come diuretiche che come toniche del cuore, stante la debolezza dell'energia del miocardio, i sintomi renali andarono modificandosi non escluso l'edema, di guisa che, a capo di quindici giorni la guarigione era completa. Questo bambino ricondotto nell' ambulatorio due mesi più tardi, presentava persistenza del miglioramento.

In un altro infermo di tre anni, i fatti mostravansi in una guisa assai più curiosa.

Trattavasi di un bambino, addetto presso un mercante di carboni, il quale, avendo notato che la sua faccia presentavasi gonfia e che il gonfiore invadeva progressivamente gli arti inferiori e superiori, stimò prudente di ricorrere ai dispensarii della Policlinica. Quando lo esaminai, esisteva un notevole edema delle palpebre, della faccia, delle gambe e dei piedi. L' ammalato deplorava una certa difficoltà di respiro nella deambulazione; era stato sofferente di stipsi pronunziata ed inappetenza che datavano da lungo tempo. L'esplorazione mi dette agio di riscontrare il fegato un pò aumentato di volume. Non eravi edema polmonale. I battiti cardiaci erano frequenti e forti. Rumor di galoppo. Le orine non erano cariche; e l' analisi, accuratamente praticata durante la visita, dimostrò l'assenza dell'albumina e dei peptoni; egli aveva oliguria. Malgrado la mancanza di un tal sintoma in tal rincontro, pure in considerazione degli altri notevoli fenomeni offerti dall' infermo e del dato importante che il bambino un' anno innanzi aveva sofferto, secondo mi venne riferito, fenomeni d' impaludismo, io fui indotto a credere che si trattasse di una infezione malarica latente manifestantesi con fenomeni renali caratterizzati dalla oliguria e dall' albuminuria intermittente. Gli raccomandai di ritornare nell' ambulatorio il giorno dopo; ed allora l'esame urologico praticato dimostrò l'esistenza di una cifra rilevante di albumina.

Prescrissi un purgante di calomelano, allo scopo di combattere la con-

gestione epatica, e dosi alte di bicloridrato di chinina da prenderle dopo l'effetto del purgante. Due giorni dopo ho potuto osservare che l'edema era già attenuato; l'albuminuria esisteva ancora. La lingua si mostrava meno saburrale e l'appetito era più risvegliato. Somministrai delle nuove dosi di cloridrato di chinina. A capo di due giorni l'edema si era ridotto a proporzioni minime e non si notava che qualche traccia di albumina. Appetito aumentato.

Mediante la medicazione chinica esclusiva, l'edema si dileguò completamente a capo di dieci giorni e le orine ritornarono perfettamente normali. L'appetito era eccellente, il fegato aveva ripreso il suo volume normale e le forze si ripristinarono rapidamente.

Alcuni giorni dopo ho riveduto questo bambino dedito alle sue occupazioni; la guarigione era completa.

In questo anno si è presentato nell'ambulatorio un bambino di due anni che un mese indietro era stato affetto da accessi di febbre che si riprodussero in modo irregolare. Il bambino si era indebolito, e mostrava una tinta pallida e scolorata. L'edema, primieramente localizzato alla faccia, aveva rapidamente invase le mani, i piedi, le gambe ed il tronco. Durante la visita fu constatata edema della faccia, delle palpebre, delle pareti addominali, delle gambe, dei piedi e delle mani. L'esame delle orine dimostrò l'esistenza di una grande quantità di albumina; le orine erano rare. L'esplorazione termometrica ha fatto rilevare una temperatura di 38°5. La milza era aumentata di volume come del pari il fegato. Il ventre gonfio. La lingua saburrale. L'appetito scomparso. Il bambino si mostrava abbattuto; prostrazione marcata delle forze. Con l'ascoltazione si è constatato il rumor di galoppo.

Dopo aver provocato delle copiose dejezioni la mercè del calomelano, ho amministrato il cloridrato di chinina a dosi generose. L'immegliamento fu rapido. L'albumina diminuì a misura che la temperatura diveniva normale e che il fegato e la milza ripigliavano il loro volume fisiologico. La continuazione della medicazione chinica senza l'intervento di alcun altro medicamento, fece scomparire definitivamente l'albumina; le orine divennero normali. L'edema si dileguò poco a poco, fino a scomparire in modo completo. L'appetito ritornò, le forze gradualmente si ristabilirono; ed a capo di quindici giorni la guarigione era perfettamente ristabilita.

Io potrei riferire molti fatti simili in appoggio alla frequenza delle determinazioni renali dell'impaludismo. La clinica giornaliera mi procura delle occasioni numerose per osservare dei casi di questo genere; ed io credo che molti colleghi sieno d'accordo con me in riguardo a questa particolarità.

Tutto ciò che son venuto fin qui esponendo basta per mettere in rilievo la frequenza estrema dell'albuminuria nella malaria febbrile o apiretica nei bambini, e per mettere fuori ogni dubbio che il quadro fenomenico può essere assai spesso molto analogo a quello di una nefrite diffusa, potendo intanto essere prontamente debellato la mercè della terapia antimalarica che dev'essere impiegata senza perdita di tempo.

Ciò che risulta del pari dalle considerazioni cliniche che pre-

cedono è che l'albuminuria costituisce un sintoma tanto frequente nelle diverse infezioni, tanto comunemente osservato nelle febbri palustri semplici o perniciose da non attribuire ad esse un gran valore semejologico. Noi non abbiamo affatto il diritto, come clinici sagaci, di poggiare su questo segno una diagnosi sicura e ferma. Qui, come in tutti i casi, si verifica l'esattezza indiscutibile dell'aforisma: *signum unum signum nullum.*

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

II. Congresso pediatrico italiano tenuto in Napoli dal 20 al 24 ottobre 1892

(*Cont. e fine, vedi pag. 97 del fasc. 2°, Anno XI, 1893*).

7ª Seduta (*ant. del 23 ottobre.*

Comunicazioni

Dinami P. (Curinga).—*Contribuzione alla clinica della meningite cerebro-spinale infettiva dei bambini.*

L'orat., prendendo occasione da una epidemia di tal morbo che si manifestò a Curinga nel 1886, e che nei quattro quinti dei bambini attaccati assunse la forma intermittente, espone il quadro tipico di questa forma di meningite, diffondendosi molto più a descrivere le forme fruste della medesima, nelle quali i sintomi cerebro-spinali, quasi sempre lievi, assai spesso sfuggono al più esperto clinico, specie quando si tratta di casi sporadici. Oltre i criterii noti a differenziare le dette forme dalle altre malattie febbrili intermittenti, l'oratore ne stabilisce degli altri, che sono i seguenti:

1) Cefalea parosistica, che precede la febbre e più caratteristica se diminisce o finisce durante la stessa; 2) apiressia ed euforia che si vanno rendendo più lunghe, a misura che il morbo volge al suo termine; 3) temperatura dell'ultima febbre di poco inferiore al massimo raggiunto ordinariamente nel primo periodo della malattia; 4) disturbi psichici diversi durante le apiressie, con tendenza a ripetere moltissime volte l'oggetto o l'alimento che l'ammalato desidera; 5) solletico al naso, per cui i bambini arrivano a lacerare perfino la mucosa del naso, provocando epistassi.

A spiegarsi la forma intermittente della malattia l'orat. opina che lo schizomiceto produttore della medesima debba essere di tanto attenuato da non poter generare una infiammazione cerebro-spinale che bastasse da se sola a rendere continua la forma meningo-cerebrale o la febbre. Le attività biologiche dei microrganismi paralizzate dai prodotti velenosi nelle medesime e la distruzione dei microrganismi stessi determinata da questi medesimi prodotti, determinerebbero la risoluzione dell'accesso che si ripeterebbe quando, con l'eliminazione di tali prodotti, i batterii ripigliassero la loro attività, riproducendo una nuova generazione batterica.

Mensi E. (Torino) cita un caso di meningite cerebro-spinale suppurata

seguito da morte. All'esame batteriologico del pus meningeo e della milza si riscontrò un bacillo che presentava tutti i caratteri di quello di Eberth.

Borrelli D. (Napoli) è del parere che nelle forme incomplete di meningiti cerebro-spinali, più che infiammativo, il processo dominante è una iperemia classica di tutto il sistema venoso. Egli quindi ritiene la malattia per una grave infezione che determina i suoi effetti sopra la milza e sopra una determinata sede della circolazione cerebrale e più in là anche sulla midolla allungata.

Boccardi G. (Napoli) riferisce un caso di febbre napoletana da lui osservata in un soldato a 21 anno. La febbre durò parecchi mesi con le fasi abituali; indi la temperatura si elevò rapidamente, si ebbero fenomeni nervosi gravi e l'infermo morì. All'autopsia fu riscontrato tifo addominale con tumore pronunziato della milza e poche ulcere intestinali; nelle meningi lieve essudato fibrino-purulento. Da questo e dalla milza fu ricavato il bacillo di Eberth.

Concetti L. (Roma) ammette anche lui la forma intermittente di questa varietà di meningite infettiva nei bambini, tanto che in un caso l'autopsia confermò pienamente la diagnosi. Crede che a determinare la intermittenza molto vi contribuisca la natura dell' agente patogeno, secondo la diversità della quale in alcuni casi si osserva una forma clinica ed in alcuni altri se ne riscontra una differente.

Caprara (Campobasso) crede che nei casi osservati dal Dott. Dinami si fosse trattato di malaria.

Nota A. (Torino) chiede ai colleghi, che hanno osservato epidemie di questa varietà di meningite, se gl'infermi presentavano fatti persistenti nei reni, poichè questo sarebbe un'argomento per provare che non solo si è formata un' iperemia semplice, ma vi sono pure dei fatti fibrinosi. E se questi fenomeni riferibili al rene scomparissero poco dopo l' accesso, ciò potrebbe spiegarsi come semplice fatto d' iperemia.

Modigliani (Pisa) rammenta che la diagnosi differenziale fra la meningite cerebro-spinale e la malaria può farsi agevolmente col semplice esame del sangue.

Dinami sostiene la unicità del bacillo produttore delle diverse forme di meningiti epidemiche, non che la contagiosità da molti negata, avvalorando queste sue opinioni con osservazioni cliniche.

Durante D. (Napoli).—*Ricerche sperimentali sulla diarrea verde dei bambini.*

L' orat., ritenendo che l'insufficiente quantità di pigmenti biliari nelle feci dei bambini non basta a spiegare la colorazione verde delle stesse, descrive un bacillo che secondo lui, al potere cromogeno di sviluppare una sostanza colorante verde, accoppia il potere patogeno, nei cani, venendo introdotto nello stomaco, nel retto e per la via ipodermica. Crede che questo bacillo da lui descritto sia identico a quello *fluorescente verde* o *bacillo fluidificante verde*, e viene alla conchiusione che, o quest'ultimo bacillo non è stato studiato bene nelle sue proprietà patogene, ed allora egli è lieto di averlo fatto, oppure è stato studiato, ed allora esso è differente da quello da lui descritto, perchè, secondo gli autori, il bacillo fluidificante verde non ha potere patogeno.

Racchi G. (Napoli) ritiene piuttosto che il colorito verde delle feci sia dovuto a pigmenti biliari, quasi sempre costanti nelle fecci dei bambini per la maggiore grandezza del fegato. Non nega però che le dejezioni verdi si accompagnano ad avanzate fermentazioni. Giudica che il bacillo

descritto dal relatore, poco differente da quello di Lesage, può essere il *bacillus fluorescens* o *liquefaciens* che facilmente si rinviene in tutte lo fermentazioni. In tal caso esso non potrebbe essere ritenuto come specifico della diarea verde.

Pavone C. (Napoli) è lieto nel constatare che il relatore abbia confermate le sue idee, ritenendo che la diarrea verde, più che essere una malattia microbica, non rappresenti che uno stato morboso che si riscontra in diversi altri morbi, tanto più che da un momento all'altro può scomparire.

Guida T. (Napoli) non accetta le idee del preopinante. Egli inclina piuttosto ad ammettere una diarrea verde chimica, ed una diarrea batterica. La prima, cagionata dalle alterazioni dei prodotti della bile potrà celeramente scomparire, mentre la seconda presenta un corso lungo e persistente.

Guidi G. (Firenze) è della stessa opinione, sostenendo pure la contagiosità della diarrea verde per quello che ha osservato al Brefotrofio di Firenze.

Caprara (Campobasso) asserisce che la sospensione del latte nell' alimentazione del bambino protratta per 24 a 30 ore procura più facilmente la guarigione. Egli, nei casi miti, propina invece qualche cucchiaio di brodo di pollo, e nei bambini più poveri il decotto di orzo.

Russo C. (Napoli) ha del pari ottenuto risultati soddisfacenti con la sospensione del latte e con la propinazione del brodo riscaldato a bagno maria. Riferisce, in riguardo alla terapia, alcuni risultati ottenuti con l'uso del risolo, con la naftalina, con la resorcina e col citrato di alluminio.

Di Lorenzo G. (Napoli) inclina piuttosto ad ammettere due tipi di diarrea verde, desumendo questo concetto dai criterii terapici; la diarrea dispeptica, difatti, si giova molto dell'acido lattico, del salolo, del salicilato di bismuto, mentre in quella batterica questi mezzi rimangono inefficaci.

Marantonio R. (Roma)—*Biologia e disinfezione del mughetto.*

L'oratore espone alcune sue ricerche sulla biologia del mughetto, dalle quali emerge che la persistenza di esso nei Brefotrofii è dovuta alla sua resistenza, agli agenti fisici e chimici ed alle sue attivissime proprietà vegetative. Egli ha isolato i germi del fungo dal pulviscolo del brefotrofio di Roma. Avendo sperimentato molte sostanze antisettiche per la cura del mughetto, egli con la guida di numerosi esperimenti fatti in Clinica, arriva alla conclusione che le sostanze alcaline debbono essere escluse, facendo invece uso dell'acido salicilico e dell'euforina in soluzione idroalcoolica all' 1|00 per pennellazioni od irrigazioni nella cavità orale.

Guidi G. (Firenze) dichiara che l'acido salicilico usato come preservativo risponde bene, ma come mezzo curativo non gli ha dato buoni risultati. Egli invece ha usato il permanganato di potassa in soluzione al 10|00. Pel mughetto dell'esofago ha poi adottato con felici risultati la resorcina e l' acido cloroidrico.

Guida T. (Napoli).—*Ricerche batteriologiche sulla leucemia nei bambini.*

Dalle ricerche fatte dall' oratore risulta che il microrganismo da lui rinvenuto sia una varietà di *proteus vulgaris*, precedentemente descritto dagli osservatori come un batterio patogeno della leucemia;

che questa specie di microrganismi si possa trovare sempre nelle sostanze organiche, anche se la putrefazione sia appena incipiente;

che dagli studii finora fatti si può giustamente affermare che il germe specifico della leucemia non sia stato ancora coltivato.

PESA C. (Fresagrandinaria).—*Una epidemia di varicella.*

L'oratore, riferendo su 26 casi di varicella, osservati nel periodo di tre mesi, due dei quali ebbero esito letale, insiste sopratutto sulle condizioni della vaccinazione, stante che, 20 dei bambini attaccati erano già stati vaccinati con esito favorevole e 6 non erano stati vaccinati. Ciò, secondo l'orat., costituirebbe un'importante appoggio alla teoria dualista. In due dei casi osservati l'autore constatò nefrite varicellosa; in tre vaste e profonde ulcerazioni cutanee; in uno cistite con intensa stomatite ed in un'altro noma. L'oratore porta opinione che anche la varicella si manifesta con epidemie alcune volte gravi, ed altre fiate lievi; e che questa malattia non è poi affatto innocua e di prognosi sempre lieta, come generalmente si crede.

RACCHI G. (Napoli).—*Anomalia nell'inserzione delle radici spinali al midollo riscontrata in diversi bambini.*

L' oratore espone dettagliatamente il quadro necroscopico di quattro bambini nei quali egli ha riscontrato un'anomalia nella inserzione delle radici spinali al midollo, finora non ancora descritte. Le radici, invece d' inserirsi al midollo, si sparpagliano fra la dura e la pia meninge, sicchè il midollo spinale si può agevolmente svaginare dai suoi involucri.

L'oratore fa la dimostrazione dei relativi preparati anatomici. Quello che più interessa è che i bambini, che offrivano la detta anomalia, non avevano in vita offerto niun disturbo di senso o di moto.

8ª Seduta (*pom. del 23 ottobre*).

Comunicazioni

CUOMO A. (Napoli).—*Valore semiologico della fontanella.*

L'or. dichiara essere la fontanella una sorgente dove si attingono svariati e molteplici caratteri semiologici. Tra questi egli studia a preferenza i caratteri desunti dal suo volume, indi quelli riferibili alla sua forma, poi quelli del movimento e della temperatura. Completa il quadro dei caratteri semejologici accennando il valore della plessimetria e della stetoscopia, intrattenendosi in ispecial modo sul soffio encefalico, attribuendo un tal fenomeno alla stenosi di alcuni tramiti vascolari cagionata da scabrezze e restringimenti ossei nell' interno del cranio prodotti da rachitismo cranico.

Espone infine un quadro sinottico-clinico della fontanella nel quale compendia i caratteri semiologici di tutti i fenomeni da lui studiati.

PITTARELLI E. (Campochiaro).—*Sull'uso del gioglio come succedaneo dell'oppio nella terapia pediatrica.*

L'oratore dichiara che, sebbene da molto tempo fossero note le qualità narcotiche del *lolium temulentum*, pure la terapia non ne ha tratto profitto.

Egli studiando l' azione ipnotica ed analgesica del gioglio, lo preconizza nella pratica pediatrica, nella quale riesce, al certo, pericoloso l'impiego degli oppiacei. L'orat. assicura che nei casi in cui lo ha impiegato

ne ha ottenuto risultati soddisfacenti, specie per l'azione pronta e sicura del rimedio.

SOMMA G. (Napoli).—*Sulla patogenesi dello sclerema dei neonati.*

L'orat. deplora come, ancora oggi, la dottrina patologica dello sclerema si trovi avvinta da fitte tenebre. A dimostrare la verità dell'asserto, egli in brevi tratti espone, per ordine cronologico, tutte le ipotesi e le opinioni dagli autori emesse sulla patogenesi dello sclerema da UZEMBEZIUS (1718), che fu il primo a riconoscere la malattia, fino ai giorni nostri.

Cio premesso, egli si accinge a dimostrare, con gran copia di validi argomenti, che le manifestazioni morbose della cute nello sclerematoso non sono che una legittima conseguenza, un' effetto necessario ed immediato dei perturbamenti della termogenesi animale. Allo scopo, egli studia la fisio-patologia della calorificazione del neonato, le leggi fondamentali alle quali soggiace, le variazioni da essa subite nei primi istanti della vita, il meccanismo di azione da cui vien regolata, gli elementi, infine, che si costituiscono come fattori che presiedono alla regolarizzazioni della stessa (centri termici). Ammette del pari che due cause più salienti agiscano per la determinazione della malattia, una predisponente, che consiste nella cattiva costituzione organica del neonato, e l' altra determinante, costituita dalla sua perfrigerazione cutanea. Con la simultanea azione di queste due cagioni etiologiche, in due modi il piccolo organismo ne rimarrebbe influenzato. Nel primo lo stimolo anormale (freddo), eccitando le periferie di alcuni nervi specifici di forza centripeta esistenti nella pelle, sarebbe trasmesso, lungo il transito degli stessi, fino ai centri termici eccitatori (probabilmente ventricoli laterali e centri corticali) determinando in essi disturbi funzionali, alterazioni istologiche od anche semplici spostamenti molecolari che finora sfuggono alla fisio-patologia sperimentale. Dai centri termici lo stimolo verrebbe trasmesso ad alcune nervi di forza centrifuga che, prendendo origine da essi e messi in azione, sono appunto quelli che agiscono sulla riduzione dei processi di ossidazione organica, ed allora, come fase terminale di tutto il processo che si esplica, l' abbassamento graduale e progressivo della termogenesi ne sarà la necessaria e legittima conseguenza. E poichè lo strato determinante la produzione di calore è situato presso il limite interno del tessuto cellulo-adiposo sottocutaneo, ovvero negli strati superficiali della muscolatura del corpo, ne consegue che le primissime determinazioni *in loco* dello stimolo trasmesso dai centri termici per i nervi centrifughi si faranno appunto nel connettivo cellulo-adiposo.

Nel secondo modo, la perfrigerazione cutanea prodotta dall'azione del freddo determina in primo tempo una ischemia dei vasi capillari del derma, donde reflusso del sangue negli organi interni, e poi tutti i disturbi circolatorii consecutivi negli organi parenchimali; mentre nel 2° tempo, per l'indebolimento massimo della circolazione capillare prodotto dall'abbassamento della temperatura e per la congelazione del grasso cutaneo, che costituirebbe un'ostacolo alla libera circolazione periferica, ne conseguirebbe la intensa stasi con tutte le note che l'anatomia patologica e la clinica lasciano riscontrare.

Per l'orat., dunque, lo sclerema non sarebbe altro che una nevrosi dei centri termici esclusiva dei neonati, per la quale, al rapido e progressivo abbassamento della temperatura del corpo, può conseguire o la infiltrazione edematosa del connettivo cellulo-adiposo sottocutaneo o la indurazione del medesimo, od anche entrambe le dette forme contemporaneamente associate.

Pavone C. (Napoli).—*Sullo sclerema dei neonati.*

L'orat., fondandosi sulle osservazioni anatomo-patologiche da lui fatte su 23 casi di sclerema, ammette negli strati della cute sclerematosa una alterazione distinta in due fasi; una, cioè, primitiva od iniziale, che consiste in una essudazione ed infiltrazione parvicellulare, sopratutto della rete del Malpighi, ed una secondaria o terminale, che consiste in un grande sviluppo di fasci connettivali del derma a guisa di fitta rete. Nulla poi di notevole ha rinvenuto nell'epidermide e nel tessuto celluloadiposo.

Questo reperto, identico nello sclerema adiposo ed in quello edematoso, mentre da una parte distrugge l'importanza di queste varietà ammesse da parecchi autori, assegna una base anatomica allo sclerema che, più che essere ritenuto come una complicanza o concomitanza di svariate malattie interne, dev'essere considerato come una malattia autonoma ed indipendente.

Pianese G. (Napoli) *legge una comunicazione sulle ulteriori ricerche anatomiche, sperimentali e batteriologiche sulla corea del* Sydenham.

Mensi E. (Torino) *legge una comunicazione sui vantaggi avuti dal Salolo nella corea del* Sydenham.

Fede F. (Napoli) e Concetti L. (Roma).— *Sulla produzione sottolinguale nell'infanzia.*

Fede F. riconferma quanto ebbe clinicamente ad esporre nel 1° Congresso pediatrico, a proposito della produzione sottolinguale. Ne distingue tre casi: nel 1° il tumoretto si manifesta in bambini sani e robusti senza altri stati morbosi, ed allora può guarire; nel 2°, durante il decorso della infermità, possono sopraggiungere altri processi morbosi, specie catarri intestinali, che ne aggravano lo stato; e 3° che contemporaneamente al processo sottolinguale può verificarsi una specie di cachessia d'indole infettiva, che sovente conduce a morte l'infermo. Secondo l'orat., il tumoretto sottolinguale costituisce un papilloma, che sovente verso la sua parte esterna presenta un processo flogistico necrobiotico. All'esame istologico, difatti, notasi ipertrofia ed iperplasia dello strato papillare del derma e del reticolo di Malpighi infiltrati di leucociti, da rassomigliare in alcuni punti ad un tessuto di granulazione. Lo strato necrobiotico poi, trattato con la reazione di Weigert, presenta un reticolo fibrinoso anche esso infiltrato di cellule embrionali. Le ricerche batteriologiche riuscirono sempre infruttuose.

Concetti L. (Roma) comincia coll'affermare che in Roma è molto rara l'affezione che va sotto il nome di produzione sottolinguale. Si osservano qualche volta delle ulcerazioni del frenulo in rapporto talora colla tosse convulsiva, ma non si dà loro importanza alcuna, specialmente dal lato della prognosi. Un solo caso egli ne ha osservato in una bambina dell'età di circa 11 mesi e in cui la comparsa della malattia datava da circa 3 mesi, ossia da poco dopo che erano usciti i due denti incisivi inferiori. Si trattava di un tumoretto appiattito, aderente con larga base sul frenulo linguale, del volume di un grosso pisello, duro, ricoperto di pellicola bianco-grigiastra, non dolente, non sanguinante, senza corrispondenti adenopatie. La bambina era in condizioni di salute normali, fatta ecce-

zione da qualche diarrea ricorrente legata per lo più a disordini dietetici. Il tumore fu escisso, e metà fu dedicata all'esame istologico, e metà alle ricerche batteriologiche. Dopo l'escissione il frenulo fu cauterizzato con percloruro di ferro e poi con nitrato di argento, e la cicatrizzazione avvenne in 2-3 settimane nè più se ne ebbe riproduzione.

Il risultato della osservazione patologica fu il seguente: infiltrazione parvicellulare subepiteliale della mucosa; infiltrazione edematosa degli spazii linfatici; iperplasia ed ipertrofia con deformazione delle papille; zaffi epiteliali ingrossati, allungati, assumenti varie forme, talora ramificati con produzioni gemmate multiple; cellule cariocinetiche in diversi stadii nello strato basale degli zaffi malpighiani. Trattati i tagli con varii metodi di colorazione (fucsina, ematossilina, doppia colorazione di Gram e di Koch) non si riscontrarono mai tracce di microrganismi.

Per le ricerche batteriologiche fece culture a piatto e per strisciamento in agar agar glicerinato, in gelatina e in siero di sangue. Ebbe solamente dei cocchi di nessuna importanza, non patogeni per le cavie e per i conigli. Finalmente con due brani del tumoretto fece due innesti, uno nella camera anteriore dell'occhio di un coniglio, e l'altro nel frenulo sottolinguale di un secondo coniglio. Dopo 4 mesi non si era prodotto alcun che di patologico fatta eccezione da un ascesso indolente della cornea nel primo coniglio. Quest'occhio fu studiato istologicamente dal valente oculista Prof. Parisotti.

Lo studio di questo caso clinico porta a concludere che nella produzione sottolinguale debba escludersi qualsiasi processo di natura infettiva, almeno di quelli che possono essere svelati con i processi attuali di ricerca e che debba accettarsi la opinione del Fede che si tratti invece di una affezione neoplastica del frenulo, una specie di vegetazione papillomatosa causata dall'attrito degli incisivi inferiori sul frenulo.

Dinami P. (Curinga) crede che, l'essersi constatato trattarsi di semplice ipertrofia sottomucosa, il non aver rinvenuto alcuno schizomiceto da indurre a pensare ad un processo infettivo, non sono ragioni valide da poter fare escludere la natura infettiva della malattia, potendo rimanere tuttora sconosciuto il metodo opportuno da rintracciare il microrganismo specifico. In un caso l'orat. ha praticato una injezione di soluzione di sublimato corrosivo al 5|00 nello strato tra la produzione sottolinguale ed il tessuto sano con immegliamento transitorio, poichè, anche dopo sette ad otto mesi il bambino morì. L'orat. raccomanda che per gli ulteriori studii si tenga conto della distribuzione geografica della malattia.

Nota A. (Torino) divide l'opinione di trattarsi di un papilloma. Crede che l'esito letale nei bambini affetti di tal morbo sia dovuto ad una malattia concomitante non dipendente dal processo sottolinguale. Nei casi da lui osservati egli riconobbe sempre la causa del papilloma o nella dentizione, o nella escissione del frenulo linguale o nella pertosse. Crede che la cauterizzazione attuale sia un mezzo valido a guarire la malattia.

Pianese G. (Napoli) distingue due forme di produzione sottolinguale: la prima è quella descritta da Fede che può ritenersi per un papilloma, ed è prodotta dal soffregamento della faccia inferiore della lingua contro i denti incisivi inferiori aguzzi e seghettati, un'altra descritta fin dal 1857 da U. Cardarelli e da lui denominata afta cachettica e poi nel 1882 studiata dal Riga. Di questa 2ª forma l'orat. possiede una statistica di 190 casi, di cui 60 raccolti da lui personalmente. E dopo rigorose osservazioni egli è venuto nel convincimento che la malattia del Riga sia un processo da infezione; che essa suole manifestarsi verso il 3°. o 4°

mese della vita in bambini perfettamente sani; che il primo sintoma apparente è costituito da una neoformazione di colorito grigio-perla, indolente che può gradatamente raggiungere la grandezza di un due centesimi; che, dopo la sua comparsa, il bambino acquista un colorito giallo-terreo e dimagrisce; vi è stitichezza, tumore splenico e tumefazione del fegato, apiressia; che verificatosene un caso in un bambino, tutti gli altri bambini che lo seguono nella stessa famiglia sono incolti dal medesimo male; che un bambino nato da madre infetta, affidato a donna sana che lo allevi, scampa alla malattia, mentre se un bambino, nato da madre sana, si lascia nutrire da madre infetta, viene colto dalla malattia; che infine, nei tre casi in cui ha potuto eseguire l'autopsia, l'orat. ha rinvenuto focolai bronco-pneumonici lobulari, degenerazione grassa del fegato e della sostanza corticale dei reni e degenerazione amiloide della milza.

In quanto poi all'esame batteriologico l'orat. ha rinvenuto il medesimo microrganismo nel cuore, milza, reni, polmoni, fegato e midolla della tibia dei due bambini sezionati, non che nel latte della madre di uno di essi, come pure nel sangue a nella produzione sottolinguale.

Cannarsa attribuisce la causa della malattia al contagio portato dalle levatrici che incidono il frenulo ai bambini. Nel dubbio della infettività della malattia, egli ha esciso con le forbici una produzione sottolinguale e con lo stesso istrumento sporco ha inciso il frenulo di un bambino sano, ma con esito negativo. Crede che la malattia sia d' indole benigna; l'ha osservata in bambini con e senza gl' incisivi inferiori e sostiene che la causa consista nello sforzo che il frenulo linguale subisce durante il succiamento, specie quando la donna ha poco latte. Opina, in ultimo, che le infermità che accompagnano la produzione sottolinguale sieno concomitanti ma non dipendenti da essa.

Boccardi G. (Napoli) ha osservato questa placca sottolinguale anche in bambini floridissimi e senza i denti incisivi inferiori. In qualche rara volta che ha potuto praticare l'esame istologico, egli si è convinto trattarsi di una produzione papillomatosa.

Tagliaferri A. (Montagano) dichiara che nella provincia di Campobasso, ove la malattia è frequentissima, una madre perdette otto bambini, tutti fra i sette e gli otto mesi di età. In riguardo alla terapia ha sperimentato tutti i metodi ma sempre invano.

Caprara N. (Civitacampomarano) invece, esercitando nella stessa provincia, raramente ha riscontrato la malattia, ed assicura che suo padre, vecchio medico neppure l'ha osservata con frequenza. Opina perciò che la prognosi non è sempre infausta.

De Sanctis G. D. (Guglionesi) per contrario ne ha osservato parecchi casi e crede che non sempre si deve disperare per la guarigione della malattia che, nella maggioranza dei casi può ritenersi benigna.

Fede F. innanzi a tanta disposità di opinioni è sempre proclive a sosostenere che la produzione sotto-linguale costituisca un morbo locale, poichè se fosse la manifestazione di una condizione generale, indubitatamente si dovrebbe vedere diffusa in tutta la persona. Spera che gli ulteriori studii potranno rischiarare la questione.

Mensi E. (Torino).—*Ricerche sull'urina dei neonati.*

L'orat. riferisce intorno ad un centinaio di ricerche fatte sulle orine dei neonati umani ed animali in riguardo alla reazione, all'albuminuria ed alla glicosuria, e viene alle seguenti conclusioni: 1ª) l' urina ha reazione ordinariamente acida alla carta di tornasole: 2ª) l'albuminuria è un

fatto quasi costante; 3ª) il contenuto di albumina oscilla da 0,1 a 0,30 0|0; 4ª) dal quinto al decimo giorno di vita scompare ogni traccia di albumina; 5ª) la glicosuria si riscontra assai di rado tanto immediatamente che qualche giorno dopo la nascita.

Russo C. (Napoli).—*Su di un caso d'idrocefalo congenito curato con un metodo speciale.*

L'orat., in un bambino a sette mesi con idrocefalo congenito, sperimentò le injezioni ipodermiche di sublimato corrosivo, ottenendo un assorbimento completo del liquido intracranico. Egli praticò trenta iniezioni con una soluzione al 0,50 per cento, e come massimo iniettò 5 miligrammi. Il bambino morì un'anno dopo repentinamente, e l'autopsia rivelò una notevole ipertrofia eccentrica del ventricolo sinistro ed assenza completa di liquido nei ventricoli e fuori.

Gianturco V. (Napoli) desidera sapere dal relatore di che specie di processo si trattava e che rapporto si può stabilire tra l'idrocefalo e la ipertrofia del ventricolo sinistro.

Russo C. spiega la ipertrofia anzidetta con l'ostacolo alla circolazione, stante che il liquido della cavità cranica era di una quantità enorme. In riguardo poi alla etiologia dell'idrocefalo congenito è risaputo che alcuni ammettono la sifilide, altri l'alcoolismo nei genitori. Egli si dà spiega del risultato ottenuto con le iniezioni di sublimato corrosivo ammettendo la sifilide.

9ª Seduta (*ant. del 24 ottobre*)

Comunicazioni

Cima F. (Napoli).—*Ricerche sulla elmintiasi nei bambini.*

L'orat. crede che l'elminto più comune sia il *trichocephalus dispar* e che l'azione patogena dei vermi intestinali, sovente nulla o di lieve momento, può in alcuni casi essere speciale. La diagnosi si poggia sempre sul reperto delle uova che col microscopio si rinvengono nelle feci; in queste non a raro si rinvengono pure le uova della *taenia nana* assai più frequente nei fanciulli che negli adulti. Opina inoltre che la esistenza dei cristalli di Charcot-Robin nelle materie fecali di bambini affetti da elmintiosi non è costante; per cui questo reperto non può elevarsi a criterio diagnostico per la elmintiasi in generale.

Borrelli D. (Napoli) *legge una comunicazione sul colera infantum in cui porta un contributo alla clinica e alla terapia.*

Reale A. (Napoli).—*Ricerche sul potere assorbente della cute dei bambini.*

L'orat. riferisce sull'assorbimento col metodo dia-epidermico nei bambini delle seguenti sostanze:

1) *Mercurio.* Frizione sul capo di due infermi, della durata di mezz' ora, di pomata mercuriale napoletana. Il procedimento analitico adottato dall' orat. per il dosamento del metallo nelle urine fu il seguente: distruzione della materia organica col processo di Frenesius e Babo, precipitazione con idrogeno solforato, dosamento sotto forma di solfuro. In un infermo, sopra 20*l* c. c. in media, di orine al giorno, ha constatato 7 1|2 milligr. di mercurio metallico per giorno, e nell' altro, sopra 136 c.c. 5 milligram. per grammi e frazione per giorno.

2) *Ioduro di potassio* in forma di pomata al 50 0[0. L' oratore ha sperimentato su 5 piccoli infermi, nelle orine dei quali ha ricercato l'jodo con speciale metodo analitico, mettendolo in libertà col percloruro di ferro, separandolo col solfuro di carbonio e dosandolo con soluzione titolata di iposolfito di sodio. In un solo caso non ottenne risultati positivi; mentre negli altri quattro si convinse che vi era stato assorbimento, variabile dal milligrammo a 30 milligrammi per giorno.

3) *Tintura di jodo* alcoolica al 10 0[0 per pennellazione ora sull'addome, ora sugli arti. Di tre casi uno dette risultato negativo, e negli altri tre fu dosato il jodo nella quantità di 5 ad 8 milligrr. per giorno in ciascuno infermo.

4) *Chinina*—In due infermi venne applicato il bisolfato in pomata alla vasellina all'1 : 2, ed in altri due in soluzione acquosa all'1 : 4. Frizionando la pomata per 5 minuti a 10 e lasciandola *in sito* per le 24 ore consecutive, nella proporzione di 5 grammi per ciascuna applicazione, si ebbe risultato negativo. Le applicazioni poi della soluzione acquosa, 5 c.c. per ogni giorno, permisero di constatare nelle orine tracce di chinina riconosciute col reattivo di Meyer e con la reazione della talliochinina.

5) *Arsenico*—Sulla cute di un'infermo, durante 14 giorni, furono applicati 100 c.c. di una soluzione acquosa al 2,50 0[0 di arsenito di potassio. In 3300 c.c. di urina, con lo stesso procedimento analitico adottato pel mercurio, si dosarono 42 decimilligrammi di arsenico elementare, pari a 7 milligrammi di solfuro. Da queste osservazioni l'orat. deduce:

a) che il mercurio, somministrato sotto forma di pomata napoletana, è assorbito ed in discreta quantità; *b*) che il joduro potassico in pomata, il jodo in tintura alcoolica, la chinina in soluzione acquosa e l' arsenico in soluzione acquosa, vengono assorbiti in quantità minime tale che in pratica non se ne può tener conto; *c*) che è nullo assolutamente l' assorbimento della chinina adoperata in forma di pomata.

Pavone C. (Napoli) fa osservare che in pratica si fa la frizione cutanea coi sali di chinina e con buon risultato.

Angiolella G. (Napoli) e Somma E. (Napoli).— *Ricerche sul potere assorbente della mucosa intestinale.*

Gli orat. ànno avuto per scopo di determinare se le sostanze medicamentose che s' injettano nel retto sieno o no assorbite, e quanto tempo duri la loro eliminazione.

Essi praticano clisteri con joduro di sodio, antipirina, salicilato di soda, salolo, creosoto e chinina e vennero alle seguenti conclusioni: 1ª) il joduro sodico si rinviene nelle orine dopo un'ora dall' amministrazione e la sua eliminazione dura da uno a 5 giorni; 2ª) l'antipirina appare dopo un'ora e mezzo a due, e la sua eliminazione dura da 5 a 22 ore; 3ª) il salicilato di sodio appare dopo 2 a 3 ore e si elimina per lo elasso di circa 24 ore; il salolo appare dopo 2 ore e l'eliminazione sua dura circa 24 ore.

Gli oratori ritengono che la reazione nell'urina dell' acido salicilurico, dopo la somministrazione del salolo per clisteri, conferma l'opinione di quelli che credono non sia indispensabile il succo pancreatico alla scomposizione del salolo nei suoi elementi. In riguardo poi al creosoto, gli orat. non sono mai riusciti a rintracciarlo nelle orine; essi quindi si associano alla opinione di coloro che ammettono la sua eliminazione esclusivamente per le vie polmonali.

Nota A. (Torino) rammenta sul proposito gli studii di Oliva di Torino, dai quali risulta che il potere assorbente del retto è minimo.

Angiolella fa notare che gli studii di Oliva, dei quali egli tiene gran conto, furono eseguiti sugli adulti, mentre i suoi furono praticati su bambini, eseguendo clisteri con una siringa a pera di gomma e non con l'enteroclisma.

Ritiene quindi che nei suoi casi l'assorbimento sia avvenuto per la mucosa rettale e non per le parti alte della mucosa intestinale.

Menzione E. (Napoli).—*Dosamento dell' acido urico col metodo* Bayrac *nell'anemia splenica dei bambini.*

L'orat., dopo di avere manifestati i suoi apprezzamenti sui diversi metodi finora usati pel dosamento dell'acido urico, s'intrattiene più specialmente del metodo di Bayrac che egli preferisce come utile e vantaggioso.

Indi espone il risultato delle sue ricerche fatte sull' urina di undici bambini affetti da anemia splenica e viene alle conclusioni seguenti:

1) La quantità dell' acido urico non serba un rapporto costante con quella dell'urea;

2) Nell'urina febbrile l'acido urico raggiunge un massimo di grammi 1,72 per litro; nell'urina afebbrile un minimo di 0,75 gram. per litro:

3) La media, nelle orine febbrili, è di 1,27 gram. per litro, e nelle orine afebbrili di 0,67 per litro;

4) L'aumento dell'acido urico nell'anemia splenica infettiva avvalora la teoria che tale acido non sia una forma di passaggio dell'urea, ma un prodotto del ricambio materiale dei leucociti.

Solaro A. (Napoli).— *Sul potere tossico delle orine dei bambini.*

L' orat., che ha impreso lo studio della tossicità delle orine di forme morbose dell'infanzia, ha creduto innanzi tutto investigare la tossicità delle orine di bambini sani. All' uopo egli espone alcuni esperimenti di injezioni, nelle vene dei conigli, di orine appartenenti ad una bambina di mesi 34, ad un'altra di anni 4 1|2, ad un'altra di 8 anni e ad una fanciulla di anni 10. In cinque esperimenti l' orat. ha trovato la quantità necessaria per uccidere un kilogram. di coniglio, rappresentata dalle cifre seguenti: c.c: 62, 57; 90; 135, 13; 141, 87; cifre abbastanza lontane dalla media di 45 c.c. di urina normale di adulto, che vale ad intossicare un kilogram. di coniglio.

Cochetti L. (Roma).— *Resoconto statistico del reparto chirurgico dell'Ospedale del Bambino Gesù in Roma.*

Dal 1° gennaio 1890 al 30 giugno 1892 furono curati 534 bambini, dei quali 251 guarirono, 100 migliorarono, 21 rimasero stazionarî, 74 rimasero in cura e 78 morirono; avendosi perciò una percentuale del 14,88 per cento.

Furono eseguiti 274 atti operativi con una mortalità del 4,39 per cento, indipendente dalle operazioni. Fra le operazioni importanti sono degne di nota: cistotomie 11, delle quali 5 perineali e sei soprapubiche; cure radicali di ernia col metodo Bassini 6; pleurotomie per empiema 8.

In riguardo poi alle malattie tobercolari delle ossa furono eseguite 46 resezioni, 18 artrectomie e 120 vuotamenti. Negli ultimi tempi però, pel trattamento della tubercolosi ossea, si è preferito il metodo conservativo nei casi possibili, ed in altre circostanze si sono eseguite larghe operazioni.

Altre svariate operazioni furono praticate a scopo ortopedico, nè furono

trasandati gli esperimenti con la linfa di Kock in quattordici bambini, nessuno dei quali ne riportò giovamento.

Montechiari G. (Roma).— *Cisti da echinococchi nella cavità addominale dei bambini.*

L'oratore, allo scopo di accrescere la casuistica delle cisti da echinococchi nei bambini, riferisce il seguente caso: bambino di 5 anni che da un'anno presentava una intumescenza alla fossa iliaca sinistra, dolori vaghi all'addome, stipsi, pallore, dimagramento, febbri intermittenti ed eruzioni di orticaria. Esclusa la possibilità che si fosse trattato di un sarcoma molle, di un lipoma, di un'idrope dell'uraco, di una peritonite saccata, di ascesso freddo, di idronefrosi, venne ammessa la diagnosi di una cisti da echinococco del peritoneo, appunto pel carattere spiccato della crepitazione amidacea presentato dalla tumefazione. La cisti si aprì nello intestino dando esito a circa due litri di liquido contenente vescicole di echinococchi. Dopo 17 mesi la cisti si è novellamente riempita e l'orat. pensa di procedere all'intervento operativo.

Guidi G. (Firenze).— *Ospedali pediatrici.*

L'orat., riassume quanto ebbe a riferire al 1° Congresso pediatrico in rapporto alla ubicazione ed individualità degli ospedali dei bambini, all'assistenza speciale dei medesimi, agli ospedali marini e climatici ed alle scuole di educazione fisica ed intellettuale negli uni e negli altri. Ricorda gli ospedali pediatrici che già esistono in Italia, e deplora come per colpa degli amministratori venga trascurata la buona scelta degli assistenti e dei medici adatti. All'uopo egli propone che in ogni ospedale e brefotrofio si aprano delle scuole di *pedocomiologia*, ove potranno essere istruiti due gruppi di assistenti, il primo per i neonati e lattanti, ed il secondo per i bambini ammalati in genere, a patto che vengano da questa scuola soppresse quelle nozioni di anatomia, fisiologia, patologia e terapia, che in alcuni ospedali si sogliono impartire. Propone pure che alla cura di tali bambini vengano preposti medici specialisti, ai quali potrà essere affidato l'insegnamento di pedocomiologia. Termina dimostrando con validi argomenti la necessità e l'autonomia della specialità pediatrica.

Al termine di questa seduta l'Assemblea deliberò che il 3° Congresso pediatrico italiano dovrà tenersi a Torino nel 1895, avuto riguardo al Congresso internazionale che nel prossimo settembre avrà luogo a Roma. Fu nominato del pari il Comitato ordinatore di questo 3° Congresso nelle persone del Dr. Massini di Genova, e dei Dott. Laura, Boetti, Nota e Mensi di Torino.

Immediatamente dopo, il Congresso venne chiuso con applauditi discorsi di Blasi, di Somma e di Fede F.

G. Somma.

Cahen Brach.—**Blenorrea uro-genitale nelle bambine.**

Un'esame accurato di 25 casi di vulvo-vaginite in bambine dell'età di 1 1\|2 a 12 anni spinse questo autore a dare a tale affezione il nome più preciso di blenorrea uro-genitale, e di dedurne le seguenti conclusioni:

1) La malattia, allorchè la secrezione è abbondante, è sempre una blenorrea genuina. Dal lato etiologico l'aut. constatò quasi sempre, come causa della infezione, o lo stupro oppure il dormire assieme a persone affette da fiori bianchi.

2) L'affezione incomincia dalla vulva, e poi si comunica all'uretra, e consecutivamente alla vagina. La secrezione uretrale è di una durata relativamente maggiore.

3) La cura richiede circa tre mesi; talvolta, però, la malattia può perdurare più anni, dando periodi di remissioni assai brevi.

4) In riguardo alla terapia, è meglio adoperare un metodo di cura blando. Nei primi casi da lui osservati, l'aut. si accinse a curare l'organo principalmente affetto, cioè l'uretra; ed all'uopo si servì di applicazioni energiche di jodoformio, tallina, solfato di zinco, nitrato di argento e sublimato, mantenendo in pari tempo una rigorosa nettezza. Ma, osservando che con tali medicamenti il processo, anzichè migliorare, prolungava il suo corso con fasi di peggioramento, egli abbandonò un tal metodo energico di cura, adottando invece il seguente: lavaggi dei genitali e della vagina con sublimato; bagni caldi con decotto di corteccia di quercia: polverizzazioni alla vulva di ossido di zinco e talco veneto in parti eguali, introduzione nella vulva di ovatta idrofila.

Con un tal metodo terapico egli, in prosieguo, ottenne sempre risultati soddisfacenti.

D. Galatti.

Giarrè C.—**Ricerche sul valore semejologico della indacanuria nella tubercolosi infantile.**

È noto che la opinione di Hochsinger e Kahane, che la indacanuria sia un sintoma quasi specifico della tubercolosi della prima infanzia, venne recentemente smentita dagli studii di Steffer e Voute. L'aut. ha studiato 49 casi, di cui 17 di affezioni tubercolari, la cui diagnosi venne poi confermata dal reperto necroscopico, e 30 di differenti malattie in bambini di 1 a 10 anni di età. I risultati delle analisi delle orine, in cui l'indacano venne ricercato coi metodi di Jaffè e di Obermeyer, hanno permesso all'aut. di venire alle conclusioni seguenti:

1) Tracce d'indacano si trovano spesso nelle orine infantili e per malattie diverse, fra le quali figura con una certa frequenza la tubercolosi.

2) L'aumento di indacanuria può osservarsi sia nella tubercolosi della prima che della seconda infanzia, e specialmente in relazione a gravi lesioni entero-peritoneali, a caverne polmonari, a tubercolosi miliare acuta, ma senza che tale referto possa considerarsi come costante.

3) L'aumento d'indacano nelle orine può assai spesso mancare nelle forme più tipiche di tubercolosi della prima infanzia.

4) Un'aumento notevele d'indacanuria si può avere in bambini di qualunque età anche per altre malattie le quali, o negli organi digerenti o in altra parte del corpo, accrescano o facilitano la decomposizione delle sostanze albuminoidi.

5) Anche atrepsie non tubercolari e lesioni croniche non specifiche degli organi respiratorii, il cui diagnostico differenziale colla tubercolosi può presentare qualche difficoltà, possono accompagnarsi ad aumento di indacano nelle orine.

Dalle suesposte conclusioni l'aut. ne ritrae il postulato che: l'indacanuria ha nei bambini lo stesso significato fisio-patologico che negli adulti

e non è un sintomo quasi specifico della tubercolosi infantile. (*Lo Sperimentale*). G. SOMMA.

ROSSI DORIA T.—**Contributo alla etiologia delle diarree estive nei bambini.**

Da questo suo pregevole lavoro sperimentale, l' aut. trae le seguenti conclusioni che, per brevità, riassumiamo:

1) Il bacterium coli commune può produrre nei bambini, specialmente nella stagione estiva, affezioni intestinali gravi;

2) Queste affezioni possono rimanere localizzate all'intestino, ovvero diffondersi, dando luogo ad una infezione generale dell'organismo;

3) Quando l'infezione si generalizza, i microrganismi si trovano negli organi in una disposizione caratteristica, a gruppetti, affatto simile a quella che è propria dell'infezione tifica;

4) L'infezione prodotta dal bacillo del tifo può rassomigliarsi a quella data dal bacterium coli, così per i fenomeni clinici che insorgono dopo l'invasione dell'organismo, come per le alterazioni anatomo-patologiche;

5) I microrganismi produttori delle singole infezioni si distinguono però molto bene uno dall'altro, offrendo tutti quei caratteri differenziali che sono oggi riconosciuti più adatti a distinguere le due forme;

6) L'infezione da bacterium coli commune può, come il tifo, prendere un carattere diffusivo schiettamente epidemico, ed in tal caso, molto presumibilmente sono le feci quelle che contenendo allo stato quasi di purezza ed in grande quantita il bacterium coli virulento, contribuiscono, più di ogni altra cosa, alla diffusione del morbo. (*Annali dell'Istituto d'Igiene sperim. della R. Univ. di Roma*).

G. SOMMA.

LESAGE e PASCAL.—**Contributo allo studio della tubercolosi della prima età. Poliadenite generalizzata primitiva.**

Secondo gli autori, nei bambini della prima età esiste una forma di tubercolosi caratterizzata da una cachessia progressiva con integrità degli organi viscerali ed assenza di disturbi digestivi, ma con presenza di una poliadenite più o meno generalizzata agl' inguini, alle ascelle ed al collo. In questi gangli si svela la presenza del bacillo di KOCH.

Questa varietà di tubercolosi conduce a morte con l'aggravamento dello stato cachettico, oppure cagiona accidenti meningei di natura tubercolare. (*Archives générales de médecine*).

G. SOMMA.

BIBLIOGRAFIA

Thomson J. — Congenital Obliteration of the Bile-Ducts (*Sull' obliterazione congenita dei dotti biliari*)—Edinburgh, 1892.

Prendendo le mosse da un caso di obliterazione congenita dei dotti biliari, da lui osservata, non ha guari, in un infante, l'Aut. rifà a larghi tratti e con precisione coscienziosa la storia di tutti i casi di questa specie, finora registrati nella Letteratura, esponendoli in Tabella che sono veri capolavori di esposizione nitida e sintetica. Fra i fatti degni della più alta considerazione da parte del pediatra, è che in non pochi di questi

casi, mentre i genitori sono sani, parecchi dei loro bambini sono affetti da obliterazione congenita dei dotti biliari. Per lo più sopravviene poco dopo la nascita; e quando ciò accade, i bambini presentano subito disturbi gravissimi, fra i quali sono a menzionare l'urina con colorito bilioso intenso, eppure un identico colorito delle fecce. Alcuni muojono subito per emorragia ombelicale; in altri si hanno emorragie di altre parti del corpo. Quelli che più resistono, e che sopravvivono di più alla grande alterazione, ben presto si emaciano terribilmente, appariscono frammenti, di colore smorto, e decedono in uno stato di esaurimento, per qualche affezione intercorrente. L'esame anatomico fa rilevare che il fegato e la milza sono ingranditi, ed il fegato mostra un colore nerastro marcato. Nè sono rari i casi in cui si riscontra altresì l'obliterazione di qualche parte, oppure di intere sezioni del dotto epatico, e parziale o totale obliterazione della cistifellea.

Ciò premesso, l'Autore prende in esame la patologia pediatrica dei dotti biliari, ed accenna tutto ciò che finora è stato constatato sul proposito. Fa rilevare che oggidì si può ritenere che i dotti biliari possono essere interessati quando si svolge un processo peritonitico, che potrebbe esercitare una compressione sui dotti, eppure, per diffusione di processo, attizzare la flogosi delle loro pareti. Nè si creda che la peritonite fetale sia un fenomeno raro. Già fin dal 1838 il Simpson raggruppò una serie di casi, i quali dimostravano che la peritonite è una delle malattie comuni della vita fetale, e che probabilmente essa costituisce una delle più frequenti cause di morte del feto durante gli ultimi mesi della gravidanza.

Inoltre, le seguenti lesioni del dotto sono state descritte come possibili cause di ostruzione:

Catarro della membrana mucosa, seguito da erosione ed aderenze della superficie—Negli adulti, come è ben risaputo, questa condizione morbosa può apportare ostruzione, e finanche intera obliterazione dei dotti. — I *calcoli biliari* sono rarissimi negl' infanti; però n' è stato descritto qualche caso; e Wronka (*Beiträge zur Kenntniss der angeborenen Leberkrankheiten*, *Inaugural-Dissertation*, *1872*) ha descritto concrezioni calcari riscontrate nel fegato di un bambino. — In un caso di Campbell (*Northern Journal of Medicine*, *1844*) fu trovato un zaffo di bile inspessita nel dotto biliare, e fu supposto che esso avesse potuto essere la causa dell'ostruzione, che terminò colla morte. Beck (*Prager medicinische Wochenschrift*, *1881*), ha descritto *flogosi gommose delle pareti dei dotti* in un caso nel quale vi era essudazione circoscritta alle adiacenze immediate di questa regione con cirrosi sifilitica del fegato.

Nè sono soltanto queste condizioni patologiche che possono apportare l'obliterazione dei dotti biliari. Infatti, l' Anatomia Patologica ha fatto chiaramente rilevare alcuni casi nei quali vi era *arresto o difetto di sviluppo dei dotti* (*vitium primae formationis*). Soprattutto Wenzel, Gruber, Konitzky, Witzel ed altri ne hanno descritto ultimamente parecchi casi (per es. mancanza congenita della cistifellea, anomalie del dotto epatico, ecc.)—In quanto alla *sifilide congenita*, l'Aut. si mostra poco proclive ad attribuire ad essa, come fanno parecchi, la causa della maggior parte dei casi di questa specie.—In complesso, egli crede che *per lo più* trattasi di malformazione congenita dei dotti biliari, per sviluppo difettevole.

Questa monografia del Thomson, della quale abbiamo qui dato appena qualche cenno fuggevole, merita di essere presa seriamente in considerazione da parte dei pediatri, rivelando in essa l'Aut. un acume, un intuito ed una perspicacia non comune, e ciò pure a prescindere dalla coscienziosa erudizione con cui è trattato l'argomento. V. M.

Bourneville.—Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie (*Ricerche cliniche e terapeutiche sull' epilessia, sull'isterismo e sull'idiotia*). Vol. XII.—Paris, 1892.

Come lo indica l'intestazione, questo dotto volume è un resoconto, nel quale son riferite minutamente le storie cliniche degl'infermi del cennato comparto. Però, la casuistica è sempre lumeggiata e commentata dal lato clinico e terapeutico, in cui l'Aut. ha fatto parecchie pregevoli osservazioni, le quali rivelano per lo meno lo zelo con cui egli disimpegna il suo nobile apostolato. Per coloro che vogliono approfondire questi difficilissimi capitoli della Patologia Pediatrica, la lettura di questo resoconto, che non è nuda e cruda, perchè illustrata da ricerche personali laboriose e di valore, riuscirà certamente interessante sotto tutti i riguardi.

V. M.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

Arnaldo Cantani. — Profondamente addolorati, non possiamo esimerci dal rendere in queste pagine un modesto, ma sincero ed affettuoso omaggio di venerazione a questa vera illustrazione della Scuola medica napoletana, or non è guari mietuta dalla falce sterminatrice della morte!

Il 30 aprile segnerà una pagina ben triste nella storia della Medicina, poichè il vuoto che il clinico insigne lascia nella Scienza, nella Scuola, nel Laboratorio, oltre all'essere incommensurabile, non potrà essere colmato che assai difficilmente.

Nacque a Hainsbach nel 1827, ma suo padre era napoletano. S' iniziò negli studii medici all'Università di Praga fin dal 1855, dando non dubbie prove di una sua speciale predilezione per la Clinica medica, si che appena cinque anni dopo divenne il più caro e distinto assistente dell'illustre Jacksch, supplendo in molti rincontri lo stesso maestro nell'insegnamento clinico ufficiale. Chiamato nel 1864 all'Università di Pavia ad insegnare Materia Medica, vi rimase fino al 1867 quando per pubblico concorso guadagnò la cattedra di clinica medica all' Ospedale Maggiore di Milano.

Un' anno dopo però, riconosciutasi ognora più la fama dei suoi meriti, ascese la cattedra di Clinica medica nel nostro Ateneo, ove con quello stesso Tommasi che avea conosciuto a Praga, dovea compiere la riforma degli studii medici italiani.

D' ingegno acuto, di profonda dottrina, di vastissima erudizione, egli seppe con lo studio indefesso, con la tenacità di proposito e con la sua instancabile attività mantenere alto il prestigio degli studii clinici italiani, fino a metterli a livello di quelli delle principali e più reputate cliniche straniere. Educò alle profonde investigazioni, alle minute e rigorose osservazioni ed alle difficili ricerche sperimentali la nuova e balda generazione di giovani medici, fra cui moltissimi, che in Italia oggi occupano posti eminenti, godono il vanto di essere stati suoi devoti discepoli.

Scrittore esimio, egli lascia un gran numero di pregevoli ed importantissime pubblicazioni, quasi tutte originali, fra le quali notevolissima e

splendida quella sul ricambio materiale che valse a modificare dalle fondamenta tutte le vedute scientifiche che la vecchia scuola possedeva sulle discrasie. Coltivò pure con amore lo studio della Farmacologia, di cui non rimase ai posteri una semplice orma, ma un monumento indestruttibile con una classica opera che, solo per dottrina e per precisione delle indicazioni terapiche sarà, chi sa per quanti anni ancora, sempre consultata con immenso profitto da scienziati e da medici pratici.

Alle squisite e pregevoli doti del suo robusto ingegno non furono seconde le virtù del suo cuore. Gentiluomo perfetto, egli ebbe culto e rispetto per tutto ciò che sentiva di giustizia e di onestà, rare doti davvero in questi tempi di spudorato protezionismo. Umile e modesto al pari della sua dottrina, non ambì a glorie ed onori, ma, con dignità e decoro, sempre integro si mantenne alle alte cariche alle quali i suoi meriti lo aveano elevato.

Laboremus fu il solo motto che Arnaldo Cantani, fin dalla infanzia, avea scritto sulla sua bandiera; e, fino all' ultimo respiro della sua vita può dirsi che per Lui ozio non esistesse sì nella sua vita pubblica che in quella privata.

Se la sua figura scomparve dalla scena del mondo, il frutto del suo lavoro, incancellabile restando nella storia della Scienza e della Umanità, sarà sprone ad ogni maggiore progresso per le future generazioni della nostra cara Italia.

G. S.

Congresso per l' Infanzia. — L'Alleanza Universale per l'Infanzia in Firenze, nella sua prima adunanza ordinaria dei socii, tenuta il 26 febbraio corr. anno, deliberava ad unanimità di promuovere nel 1895 un Congresso per l'Infanzia, ed approvava la proposta dei socii Signori Oreste Coldini e Conte Giovanni Arrivabene, d'inviare delle circolari a tutte le istituzioni che si occupano dell'Infanzia, allo scopo di raccogliere adesioni.

Nuovi giornali. — A Firenze l' egregio Dott. Giuseppe Signorini ha fondato l'*Infanzia*, rivista sociale mensile, pubblicata a beneficio della Società italiana protettrice dei fanciulli, e si propone lo scopo di riprodurre il movimento universale della scienza e della carità consacrate ai fanciulli per disciplinare le forze e farle convergere ad un'utile pratico ed invocato.

A Siena poi, il chiaro prof. Barduzzi ritorna nella palestra giornalistica, ridando vita al « *Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urinarie* » affidandone la redazione al Dott. Pio Colombini, ajuto della Clinica dermosifilopatica di Siena.

Porgiamo ai novelli periodici i nostri migliori auguri di prosperità e di vita lunga e rigogliosa.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Entero-colite dei bambini

Sottonitrato di bismuto . . . gram. 0,30
Tintura di oppio deodorata . . » 0,01
Spirito ammoniacale aromatizzato gocce 5
Salicilato di soda . . . . . gram. 0,02
Sciroppo semplice . . . . . » 50,00

mib. Da somministrarlo per epicrasi nel corso delle 24 ore. Per i bambini al di sotto dei due anni si aggiungerà una parte eguale di acqua.

GILLESPIE.

Diarrea dei bambini

Salicilato di bismuto . . . . gram. 4,00
Naftol . . . . » 0,40

mib. f. c. 12 eguali. Da somministrarne una ogni 3 ore.

GILLESPIE.

Orticaria

Idrato di cloralio
Canfora polverata } *ana* gram. 3,00
Gomma arabica polverata
Cerato semplice . . . . » 30,00

Si mescolano bene le tre prime sostanze fino alla liquefazione, ed il tutto si mischia col cerato.

Da ungerne le parti affette quando il bambino va a letto la sera.

Insonnia dei bambini

Idrato di cloralio . . . . gram. 0,20 a 40
Tintura di muschio. . . . » 10,00
Tintura di valeriana . . . » 10,00
Acqua distillata. . . . . gram. 6,00

mib. Da praticarne un clistere.

SIMON.

Colera infantile

Estratto di ratania . . . . gram. 1,00
Sciroppo gommoso. . . . . » 40,00
Elixir paregorico . . . . . gocce 5,00

mib. Da somministrarne un cucchiarino da caffè ogni ora.

CADET DE GASSICOURT.

Difterite

Estratto di belladonna . . . gram. 0,10
Acqua distillata . . . . . » 5,00

mib. Da somministrarne 5 a 10 gocce tre volte al giorno, in acqua zuccherata. Più:

Clorato di potassa . . . . . gram. 0,10
Acqua distillata . . . . . . » 400,00
Tintura di oppio . . . . . » 2,00
Sciroppo semplice o miele rosato » 20,00

mib. per gargarismi. Più:

Nitrato di argento . . . . . gram. 2,00
Acqua distillata . . . . . » 10,00

mib. Per pennellazioni.

BAMBERGER.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

Casistica dello Spedale di bambini Meyer di Firenze.

II. SOPRA UN CASO DI NEFRITE PARENCHIMATOSA ACUTA CON ESITO LETALE NEL DECORSO DI UNA IMPETIGINE

per il Dott. PIETRO CELONI

Libero Docente di malattie di bambini presso il R.° Istituto
di studî superiori di Firenze
Medico Primario nel R.° Arcispedale S. M. Nuova.

(*Cont. e fine, vedi: Anno XI. Fasc. III. pag. 135*).

Il numero delle malattie, in seguito delle quali la osservazione clinica nei bambini ha dimostrato potersi verificare la nefrite come successione morbosa, è andato molto crescendo in questi ultimi anni. Così non è molto che Henoch segnalò la comparsa della nefrite acuta in seguito della varicella; il Seitz di Zurigo e il prof. Hagenbach di Basilea osservarono lo stesso in seguito della stomatitis aftosa, e il prof. Hagenbach anco in seguito di una semplice Angina catarrhalis senza alcuna complicazione; il quale ultimo fatto ho avuto ancora io occasione di osservare, or sono due anni, in una giovine donna di servizio. Rarissimamente si osservò la nefrite acuta succedere alla Roseola, più spesso alla Parotitis epidemica. Accennerò solo alla nefrite complicante raramente la febbre tifoide nei bambini, e a quella che molto frequentemente secondo Kjellberg complica i catarri acuti e cronici intestinali (1). Questo perciò che riguarda la nefrite successiva o complicante le malattie d'infezione. Ma questo non basta: nel 1888, nello Archivio di Palologia infantile il dott. Clemente Ferreira narrava due casi di nefrite parenchimatosa sviluppatasi in due bambini nel decorso di una eruzione impetiginosa intensa : e il dott. Guaita (2) di Milano nel 1° Congresso pediatrico tenuto in Roma nell'Ottobre 1890 sotto il titolo « Di una non rara causa di morte improvvisa nei bambini » riferiva sei osservazioni di un rapido insorgere di una nefrite parenchimale infettiva in seguito ad eczema semplice o impetiginoso del

(1) Ueber Nephritis bei acuten Infectionskrankh. von prof. Hagenbach. Jahrb. f. Kinderheilk. 1889, pag. 166.
(2) Archivio di Patologia infantile. Napoli 1890, pag. 290.

cuojo capelluto e della faccia. Il dott. Canali (1) pubblicava l'anno appresso 4 casi di nefrite acuta, uno dei quali con esito letale, in bambini affetti da eczema e impetigine circoscritta alla faccia o a questa e al collo o al cuojo capelluto. Infine il dott. Felici pubblicava nello stesso Archivio a. d. due casi di nefrite acuta da eczema.

Gli autori fino a qui menzionati hanno ammesso un rapporto etiologico fra la malattia cutanea e la nefrite. Solo il dott. Regoli (2) dopo avere riferito le istorie di 4 casi di nefrite acuta in bambini dai 4 ai 9 anni, dei quali uno solo presentava un eczema impetiginoide del capo, elevava dei dubbi su tale rapporto; e tenuto conto della grande frequenza delle affezioni eczematose nella età infantile e della osservazione non rara di nefriti idiopatiche nella medesima, spiegava l'associazione delle due malattie come una semplice coincidenza dovuta forse al fatto che lo eczema predilige i bambini più deboli e questi meno possono resistere ad una infezione come probabilmente c'è ragione di ritenere che sia nella nefrite acuta, senza che l'una sia conseguenza dell'altra.

Non ostante la opinione del dott. Regoli, io accetto quella generalmente ammessa di un rapporto di causa ad effetto fra le due malattie. Il caso, del quale sono per riferire la istoria, era un bambino robusto e non si presterebbe affatto alla spiegazione del dott. Regoli. In questa opinione sono confortato da quella di eminenti Clinici, come ad es. lo Strümpell (3) che scrive: «Meritano qui menzione anche le nefritidi acute che talora si osservano in malati con eruzioni pustolose della pelle (impetigo, eczema pustoloso, grave scabies). Frattanto si può rimanere in dubbio se la cagione della nefrite sia anco in questi casi dovuta all'assorbimento di qualche sostanza nociva dalla pelle ammalata, o se il disturbo della funzione cutanea di per sè solo costituisca un momento morboso per il rene» E il dott. Baginsky (4) all'articolo «La nefrite diffusa» così si esprime: «Molto importante a considerare è lo insorgere della nefrite acuta nel decorso di esantemi cronici estesi, come eczema, impetigo ed altri. Anco il Biedert (5) nella etiologia del Morbus Brightii annovera fra le cagioni del medesimo le affezioni cutanee (ecze-

(1) Ibidem, Annata 1891, pag. 71.
(2) Ibidem, Annata 1891, pag. 261.
(3) Lerhrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankh: von dott. Adolf Strumpell. Leipzig. 1890, Band II, pag. 28.
(4) Lehrbuch der Kinderkrankh. von dott. Adolf Baginsky Berlin 1889, pag. 807.
(5) Lehrbuch der Kinderkrankh. von prof. Vogel umgearbeitet von dott. Biedert. Stuttgart 1890 pag. 45.

mi). Mi limito a queste citazioni di trattati più recenti per amore di brevità, sembrandomi piuttosto conveniente di studiare la patogenesi della nefrite acuta cagionata da affezioni cutanee. Sebbene il caso che sono per riferire non abbia da questo lato che un valore negativo, ho nonostante ritenuto conveniente il pubblicarlo, sia perchè è uno dei pochi casi venuti alla osservazione necroscopica, sia perchè gli studii che sopra esso furono fatti, per quanto con esito, come diceva, negativo, possono eccitare altri a ripeterli più estesamente di quello che venisse fatto nel caso nostro. Ed ecco in succinto la istoria:

Caso II. « Maurizio Toccafondi, di anni 5 1|2 di Firenze entra il 24 « Marzo 1892 nello spedale Meyer.

« La famiglia del bambino abita da sola in una casa in Via Bella- « riva num. 1 fuori di Porta alla Croce. Il bambino è figlio di genitori « sani e tale è stato sempre egli pure fino ai primi di Marzo a. c. I « suoi genitori mi hanno assicurato non avere egli avuto nelle ultime « settimane trascorse nè febbre nè dolore di gola, nè avere essi udito che « in vicinanza della loro abitazione fossero occorsi casi di scarlattina. « Mi assicurarono pure che il bambino non era andato soggetto ad alcuna « causa speciale morbosa. La malattia del loro figlio cominciò nei primi « di Marzo con pustole che ben presto occuparono sparse la faccia, il « cuoio capelluto, il braccio destro e la regione sinistra del ventre. Il « bambino fu preso da febbre senza vomito la sera del 21 Marzo e il « giorno appresso da gonfiore della faccia. Chiamato il Medico Condotto, « questo prescrisse lo immediato trasporto del malato allo spedale Meyer, « ove giunto, sulla sera fu constatata una temperatura di 37,7°.

« La mattina del 24 Marzo da me visitato trovai che il bambino era « bene costituito e nutrito e solo alquanto pallido e cianotico alla faccia. « Tosto mi colpì la presenza di varie pustole d'impetigo alle regioni so- « praindicate. Esaminando la faccia, si nota una mediocre tumefazione « della medesima per edema e pallida e con tinta cianotica la muccosa « delle labbra. Dando una occhiata a tutta la superficie cutanea si rileva « che tutto il corpo è leggermente edematoso e senza tracce di desqua- « mazione. Per altro lo scroto non è aumentato di volume. Il respiro af- « fannoso e addominale si compie con dilatazione delle pinne nasali e con « una frequenza di 68 respirazioni al minuto. Il malato ha frequenti « colpi di tosse.

« L'esame del torace, il cui perimetro è di 60 cent., non disvela nelle « regioni anteriori che un respiro vessicolare aspro ed esagerato in alto, « e in quelle posteriori una ipofonesi che aumenta con lo scendere in « basso nella metà inferiore di destra e nei due terzi inferiori di sini- « stra. Nelle zone di ottusità si ode un respiro bronchiale e in quelle « soprastanti un respiro vescicolare aspro ed esagerato. Il cuore batte « nel V spazio intercostale e all'ascoltazione si odono toni netti.

« All'esame del ventre notasi che la cicatrice ombelicale è appianata « e che al suo livello il perimetro del ventre è di 58 cent. Percuotendo « il ventre, il suono si fa ottuso poco al di sotto della cicatrice ombeli- « cale sulla linea mediana e così pure sul prolungamento dell'emiclavi- « colari. Su queste ultime linee il suono ottuso scompare facendo voltare « il malato sul fianco opposto. Fegato e milza di volume presso a poco

« normali. Le orine sono scarse, colorite e contengono molta albumina.
« Il polso è piccolo, frequente 128; la temperatura di 37,4° la mattina e
« scende a 36,7° la sera.

« La diagnosi che s' imponeva fino da questo primo esame era quella
« di *nefrite parenchimatosa acuta con idrope-ascite e idrotorace.*

« La cura prescritta fu la dieta lattea, il calomelano alla dose di 0,10
« ogni tre ore fino ad effetto purgativo e una unzione di una pomata al-
« l'ictiolo nei punti affetti da impetigo.

« Il 25 Marzo al mattino trovai il malato peggiorato, sebbene avesse
« avuto due scariche alvine sciolte con la propinazione di una sola dose
« di calomelano. Il polso sempre piccolo e frequente 132 mentre la tem-
« peratura era normale 36,8°. Al collo notavasi permanentemente turgida
« la giugulare sinistra. Il respiro difficile a contare per la tosse insistente
« con spurgo tinto in roseo. All'esame del torace non si notava niente di
« nuovo tranne la comparsa di rantoli subcrepitanti nel terzo superiore
« e posteriore di destra.

« L'esamedel ventre mostrava che la linea ombelicale trasversa era cre-
« sciuta di due centimetri e il suono ottuso cominciava un dito trasverso
« sotto la cicatrice ombelicale.

« Le orine raccolte nelle ultime 24 ore sommavano a 578 cent. cubici,
« erano di reazione acida ed esaminate al microscopio dal signor dottor
« Gabbi, Aiuto alla cattedra di clinica medica, contenevano cilindri ialini
« e ialino-granulosi, cellule renali degenerate, globuli rossi e bianchi del
« sangue e cellule delle ultime vie renali. L' analisi microscopica delle
« orine confermava perciò la diagnosi di nefrite parenchimatosa acuta.

« Questo giorno fu prescritto un bagno caldo, sorvegliato dalla presenza
« dello assistente signor dott. Carlo Franceschi, a cui era affidata la sor-
« veglianza del malato e una pozione di 0,30 caffeina. Ma tutto questo
« non valse a niente e il bambino alle 5 pom. di questo giorno 25 Marzo
« moriva in compendio credo per sincope o edema pulmonare ».

Confesso che quando appresi la morte del bambino mi pentii di non avere fatta la punzione del torace almeno di sinistra per rendere più libera la respirazione e di non avere usato la pilocarpina, the remedy par excellence, della nefrite parenchimatosa acuta, come la riguarda lo Hirschfelder citato dallo Smith (1).

La necroscopia eseguita dal sig. dott. Barbacci ajuto alla Cattedra di Anatomia Patologica in presenza del titolare della medesima signor prof. Guido Banti dette il seguente reperto:

« Conformazione scheletrica regolare. Forte costituzione, lodevole svi-
« luppo del pannicolo adiposo. Rigidità cadaverica scomparsa. Lievissimo
« edema intorno ai malleoli. Alla faccia in corrispondenza del mento e
« dei due angoli mascellari si osservano delle croste dovute a pustole di
« impetigine. Qualcuna se ne vede ancora in corrispondenza degli arti
« superiori, specie del destro. Nella cavità addominale modica quantità
« di liquido sieroso, leggermente tinto in rossastro. Posizione dei visceri
« addominali normale: il fegato sorpassa l'orlo costale di circa un dito
« trasverso. Nelle due pleure liquido sieroso piuttosto abbondante. Nel

(1) Archives of Pediatrics Vol. IX. N 100. New York 1892.

« polmone sinistro notasi edema e leggiero stato di atelectasia nel lobo « inferiore. A destra oltre l'edema si nota che il lobo inferiore è imper- « vio all'aria, ricco di liquido arrossato: la superficie di sezione è liscia « e uniforme: non vi è diminuzione di volume nel lobo medio. D'ambo i « lati bronchite intensa muco-purulenta nei grossi bronchi, quasi intiera- « mente purulenta in quelli minori. Nel pericardio esiste una quantità « discreta di siero limpido. In corrispondenza della faccia anteriore del « ventricolo sinistro, in vicinanza immediata dell'apice, si trova un gruppo « di membrane edematose fortemente aderenti al pericardio che tutto al- « l'intorno presentasi opacato: in cosrispondenza del punto di adesione di « queste membrane il pericardio è fortemente inspessito. Il cuore è più « voluminoso del normale; le cavità destre sono dilatate e ripiene di coa- « guli; vi è pure un leggiero grado d'ipertrofia del ventricolo destro. Il « ventricolo sinistro è molto aumentato di volume per rilevante ipertrofia « eccentrica: è vuoto. Gli orifici e gli apparati valvulari al pari dei setti « sono integri. Il miocardio è sano.

« Fegato di volume normale, piuttosto pallido: milza lievemente ingran- « dita, povera di sangue, di consistenza normale: nella sezione si vedono « i follicoli fortemente rigonfi che spiccano in un fondo rosso chiaro.

« I reni sono un po' aumentati di volume; la capsula si svolge facil- « mente, la superficie è liscia ed uniforme. Allo esame interno si nota un « leggiero aumento di spessore della sostanza corticale che è arrossata, « opaca, come granulosa: le piramidi sono congeste.

« Nello intestino si nota un arrossamento diffuso della mucosa, specie « nella parte inferiore del tenue e le placche del Peyer sono un po' ri- « gonfie: le glandole mesenteriche sono moderatamente tumefatte e rosse. « Nello encefalo si nota appiattamento delle circonvoluzioni, anemia della « sostanza nervosa con lievissimo grado di edema. I ventricoli cerebrali « non contengono liquido.

« Lo esame batteriologico dei reni intrapreso dallo stesso professore « Banti escluse la presenza in essi di ogni sorta di batteri ».

« Il rene offre le note istologiche di una nefrite acuta. I vasi, special- « mente della sostanza midollare, sono fortemente congesti: l'epitelio dei « tubuli contorti presenta ovunque alterazioni profonde: molte cellule sono « aumentate di volume e offrono nel loro protoplasma i segni di una de- « generazione vacuolare: molte altre sono in uno stadio più o meno avan- « zato di necrosi: il nucleo o non si colora più o assume molto pallida- « mente le sostanze coloranti. In alcuni canalicoli le cellule seno desqua- « mate e riunite in una massa informe, nella quale non sono più netta- « mente visibili i limiti dei vari elementi e nella quale scorgonsi solo « alcuni nucleoli poco o punto colorabili. Le cellule epiteliali che ancora « conservano un nucleo, che assume con intensità normale le sostanze co- « loranti, si mostrano più o meno rigonfie, sfrangiate dal lato del lume « canalicolare e con protoplasma molto più granuloso che in condizioni « normali. Notevole poi è la necrosi profonda da cui sono colpiti gli epi- « teli delle anse ascendenti di Henle e ciò quasi uniformemente in tutti « i punti del rene. I glomeruli sono le parti meno colpite: molti presen- « tansi completamente integri: in alcuni si trova uno scarso essudato gra- « nulare entro la capsula del Bowman: in altri si osserva un evidente « rigonfiamento delle cellule epiteliali che rivestono le anse glomerulari.

« Col metodo di Veigert non si scuopre presenza di fibrina in alcun « punto della sostanza renale, tranne che entro i grossi vasi: col metodo « di Gram non si vedono microrganismi.

Riepilogando questo caso, si può dire che una nefrite parenchimatosa acuta si sviluppò senza altra causa nota che la esistenza di una impetiggine da tre settimane e decorse in quattro giorni letale: e che la ipotesi che tale successione morbosa possa spiegarsi col trasporto di batteri della cute ammalata ai reni non fu in questo caso confermata dallo esame bacteriologico fatto da persona di notoria competenza.

Arrivato alla fine della mia succinta relazione di questi casi non mi resta che a rendere pubblicamente grazie ai Colleghi, specialmente ai signori dott. Sacchi e prof. Banti che gentilmente mi comunicarono le osservazioni da loro fatte in proposito.

Firenze, li 18 Ottobre 1892.

Clinica Pediatrica Chirurgica di Firenze
diretta dal Prof. DANIELE BAJARDI

CONTRIBUTO CLINICO-STATISTICO DELLA TUBERCOLOSI ARTICOLARE NELL'INFANZIA

Per il Dott. G. GUALBERTO MATUCCI Assistente.

Il trattamento chirurgico della tubercolosi articolare ha subito col volger degli anni numerose modificazioni, ed anche oggi le controversie dei chirurgi rispetto al miglior modo di curare questa malattia non sono meno vive di quello che non lo fossero in addietro. Alle resezioni tipiche, precoci o non, sono state sostituite a poco a poco le operazioni così dette economiche: l'artrectomia sinoviale, le resezioni parziali, gli svuotamenti ecc.

Asportare tutto il focolaio e preservare l'organismo dall'infezione tubercolare generale, questo era lo scopo precipuo, che si tentava raggiungere mediante le operazioni. Se non che l'osservazione ha dimostrato: che l'operazione espone il malato al pericolo di auto-inoculazioni e di reinfezioni; che le recidive locali non sono infrequenti; che i resultati funzionali sono spesso cattivi e che la mortalità non è piccola. Perciò anche i più caldi e convinti fautori delle resezioni totali e parziali hanno cercato altre vie, e recentemente sono stati fatti tentativi numerosi con rimedi diversi. Si è ricorso a sostanze che avessero un'azione generale quali il creosoto, il cantaridinato di potassa, la tubercolina di Koch, il Guaiacol, ma con poco vantaggio, tanto vero che furono ben presto abbandonati. Con l'intento poi di combattere *in sito* il bacillo della tubercolosi furono speri-

mentate altre sostanze di azione locale. L'acido fenico, il solfato di zinco, il fosfato acido di calce e di rame, l'acido arsenioso, il naftolo canforato, il balsamo peruviano, il jodoformio, il cloruro di zinco sono quelli che furono più specialmente usati la maggior parte non hanno corrisposto, altri invece hanno dato risultati incoraggianti: questi sono specialmente il jodoformio ed il cloruro di zinco.

Che il jodoformio abbia, o no, un'azione specifica antibacillare; ch'esso agisca in un modo piuttosto che in un altro, il fatto indiscutibile è che mediante la sua azione si è ottenuta la guarigione di molti focolai tubercolari. Col cloruro di zinco, proposto recentemente dal Lannelongue, si è cercato di ottenere una trasformazione dei prodotti tubercolari e l'incapsulamento dei focolai, mediante la sclerosi dei tessuti a questi circostanti ed una statistica di 40 casi guariti e curati dal Lannelongue depone in favore di questo metodo.

Ulteriori esperimenti clinici preciseranno meglio i casi in cui può essere utile più l'uno che l'altro di questi rimedii: intanto, nonostante l'entusiasmo, col quale si ricorre alle iniezioni di jodoformio, non si può nascondere che vi sono e vi saranno sempre dei casi, in cui la resezione e talvolta anche l'amputazione, s'impongono al chirurgo come una necessità.

Premessi questi pochi e rapidi cenni sulle vicende che ha subito la cura della tubercolosi articolare, specialmente in quest'ultimo ventennio, ricorderò più sommariamente che mi sarà possibile le cose più importanti, che si riferiscono ai casi operati dal dicembre 1886 a tutto dicembre 1892 nella sezione chirurgica della Clinica Pediatrica fiorentina diretta dal mio ottimo e valente maestro Prof. Daniele Baiardi.

In questa rassegna sarà tenuto conto solamente dei bambini curati nella Clinica, di cui fu possibile sorvegliare l'andamento della malattia per un tempo più o meno lungo e non di quelli che furono operati e curati nell'Ambulatorio e che del resto non furono pochi.

I bambini ricoverati per lesioni tubercolari delle grandi articolazioni furono 114 e le articolazioni ammalate 121, ripartite così:

Articolazione	Scapolo-omerale	4
»	del gomito	38
»	della mano	1
»	sacro-iliaca	5
»	coxofemorale	24
»	del ginocchio.	29
»	tibio-astragalea	20
		121

Le articolazioni ammalate appartenevano 58 volte al lato destro e 60 volte al lato sinistro, in tre casi manca nei registri l'indicazione del lato ammalato.

Riguardo all'età si è notato che l'artrite tubercolare era più frequente nei bambini che avevano da 4-6 anni come risulta dal quadro seguente:

Bambini	da	4 - 6 anni	37
»	»	2 - 4 »	32
»	»	6 - 8 »	20
»	»	1 - 2 »	15
»	»	8 - 9 »	7
»	»	al di sotto di 1 anno	3
			114

Relativamente al sesso le artriti furono ugualmente frequenti nei maschi e nelle femmine (57 m. e 57 f.).

L'ereditarietà risultò evidente in 62 casi. Rispetto all'eziologia poi dirò che le cause traumatiche, da molti ritenute come la causa efficiente dello scoppiare della malattia in un dato punto, piuttosto che in un altro, non tengono nella nostra statistica il primo posto. Furono notate con sicurezza raramente: il più delle volte l'origine della lesione tubercolare apparve spontanea.

All'epoca del loro ingresso 36 bambini presentavano focolai multipli di tubercolosi.

L'artrite tubercolare, ha avuto origine, come risulta dall'esame anatomico praticato dopo l'atto operativo, solo 18 volte dalla sinoviale e 82 volte dalle ossa: s'intende che in questa cifra non sono compresi i casi non operati.

Rispetto alla frequenza dei casi in cui si sono dovuti estrarre dei sequestri, abbiamo le seguenti cifre: Una sola volta si sono riscontrati dei sequestri nelle artriti delle spalle, e precisamente, nel capo articolare dell'omero; 15 volte nell'articolazione del gomito così ripartiti: 4 volte nella epifisi inferiore dell'omero, 11 volte nel cubito e più specialmente nell'olecrano. Nell'articolazione coxofemorale 8 volte sono stati estratti sequestri dell'acetabolo, 2 volte dalla faccia anteriore del femore (collo chirurgico) tre volte dal grande trocantere. Nel ginocchio furono estratti tre volte sequestri dalla faccia posteriore della tibia ed una sola volta dalla faccia posteriore del condilo interno femorale. Nell'articolazione tibio - astragalica abbiamo avuto cinque volte dei sequestri nell'estremo inferiore della tibia, una volta nel perone, una volta nel calcagno.

I bambini operati furono 55 e le articolazioni 100. Le operazioni eseguite in primo tempo furono le seguenti.

Artrotomia con o senza esportazione di sequestri	2
Artrectomie sinoviali.	26
Resezioni parziali.	57
Resezioni totali	12
Amputazioni	3
	100

Si sono osservate 57 recidive in sito in 41 operati, il numero maggiore delle recidive fu osservato nelle artriti del gomito (27 recidive in 32 operati).

Gli esiti definitivi furono: Guariti 66, Morti 24 ossia il 25,2 0[0 e 5 esiti incerti.

Le cause della morte furono: 16 volte la tubercolosi polmonare: 2 volte la polmonite lobare acuta: 2 volte la bronco-polmonite postmorbillosa: 1 volta la piemia cronica da otite media purulenta bilaterale: 1 volta la setticemia acuta da *gangrena oris*; 1 volta la laringite crupale e 1 volta il vaiolo. Donde risulta che di 95 operati, 16 soccombettero per generalizzazione del processo tubercolare; di questi, 12 avevano focolai tubercolari multipli.

La mortalità maggiore si è osservata negli operati di resezione del ginocchio e la minore negli operati di resezioni dell'anca. Infatti abbiamo avuto.

Resezione	del ginocchio .	35 0[0	di mortalità
»	del gomito . .	34,3 0[0	»
»	delle spalle . .	33,3 0[0	»
»	sinfisi sacro-iliaca	25 0[0	»
»	del piede . .	22,2 0[0	»
»	dell'anca . . .	15,7 0[0	»

Non si sono mai eseguite resezioni precoci. Tutte le volte che fu possibile, si sperimentarono per un tempo più o meno lungo, il riposo nel letto con immobilizzazione della giuntura e l'estensione permanente combinata in qualche caso con la pennellatura di tintura d'jodo e più raramente l'ignipuntura.

Si è ricorso alle operazioni cruente solo quando era evidente l'inutilità della cura meccanica.

Mediante l' operazione si è cercato sempre di esportare solo la parte lesa dell'articolazione. Talora bastò la sola artrectomia sinoviale: tal' altra a questa si è dovuto aggiungere l' abrasione di parte della cartilagine o la resezione di una fetta di un capo articolare; oppure anche lo svuotamento parziale o totale di uno o di entrambi i capi articolari. Se la cartilagine era sana e vi era ragione di dubitare che esistesse sotto di essa un piccolo

focolaio osteo-mielitico si sollevava un lembo di questa e col cucchiaio si praticava nella sostanza ossea un'apertura di saggio. Se il focolaio era piccolo, o se non esisteva, si otturava la piccola cavità con jodoformio e si ribatteva sopra di essa il lembo di cartilagine. All'artrectomia sinoviale si è dovuto aggiungere il più delle volte l'esportazione di un sequestro o la resezione di un capo articolare. Talvolta il capo articolare resecato era sano; ma la sua esportazione si è resa necessaria, sia per poter compiere con rigore l'escisione di tutta la sinoviale malata, sia perchè in qualche caso, dopo l'artrectomia sinoviale non si riusciva più a ricondurre in posto una delle superficie articolari lussate. Questo caso occorse una volta sola e precisamente nell'articolazione coxo-femorale.

Qualche volta, oltre alla resezione di uno, o di entrambi i capi articolari, si è dovuto praticare la resezione di gran parte della diafisi, e talvolta svuotare tutto il canale midollare sia dell'omero, della tibia, del femore ecc.

Compiuta la resezione e legati accuratamente tutti i vasi beanti della ferita, s' irrigava quest' ultima con una soluzione calda di sublimato 1:1000, la si strofinava con garza all'jodoformio e, occorrendo, si cauterizzavano i punti sospetti col termocauterio del Pacquelin. Alcune volte si è ricorso all'azione del calore raggiante da un cauterio a sigillo portato al bianco e tenuto per alcun tempo nel centro della soluzione di continuo. Nei primi tempi si usava di fare ora la sutura secondaria, ora lo zaffamento della ferita con garza all'jodoformio. Nel primo caso, fatta la sutura secondaria, si fissavano nelle parti più declivi della ferita uno o più tubi di drenaggio molto corti, attraverso ai quali s'iniettava una soluzione eterea di jodoformio. Più tardi si è ricorso alla sutura in primo tempo, profonda e superficiale, senza drenaggio, seguita da iniezione di glicerina e jodoformio nella solita proporzione del 10 0[0.

Sebbene i casi trattati in quest' ultima maniera siano troppo pochi, tuttavia confrontando fra loro i resultati ottenuti con e senza la sutura, resulta in genere che i primi sono molto migliori.

Per la medicatura si è sempre adoperato della garza bollita in una soluzione di sublimato 1 : 1000. La garza arruffata, o perduta, che veniva sovrapposta immediatamente alla ferita era inoltre impregnata di jodoformio in polvere.

Nei primi tempi in cui si adoperava vecchia garza mal preparata e col metodo originale del Lister si ebbero a lamentare necrosi superficiali per soverchia pressione di tal garza jodoformica che acquistava, impregnandosi dei liquidi secreti della ferita

la durezza del gesso. Salvo questi pochissimi casi la medicatura fu quasi sempre cambiata per le prime volte dopo 6-8 giorni e tal volta anche dopo 20 giorni.

Esporrò ora più partitamente quello che si è avuto di notevole nelle artriti delle singole articolazioni.

Articolazione scapola-omerale

Quattro furono i casi osservati, dei quali uno seguìto da morte: degli altri tre uno è guarito apparentemente, due definitivamente.

Il caso che è terminato con la morte riguarda le bambina Fazzi Giulia, già operata più di una volta per artrite tubercolare dell'anca. Essa presentava contemporaneamente un' artrite tubercolare del gomito, ed un ascesso del dorso sintomatico di carie dell' apofisi spinosa e di una lamina trasversa della 5ª vertebra dorsale. Era entrata il 27 luglio 1889 per recidiva della tubercolosi dell' art. coxo-femorale sinistra (V. Art. coxo-femorale). Mentre stava in Clinica cominciò a presentare una limitazione dei movimenti del braccio destro ed un certo grado di turgore nella spalla corrispondente. Il giorno 11 novembre la spalla era molto tumefatta e la tumefazione che aveva forma di fuso s'era fatta distintamente fluttuante, in avanti, presso l'apofisi coracoide, e in dietro, presso la spina della scapola. Nel cavo ascellare si rilevava qualche ghiandola linfatica ingrossata. Incisione secondo il processo del Langebeck; aperta la capsula, si lussa in avanti la testa dell'omero e si escide tutta la sinoviale, che era trasformata in tessuto fungoso. La cavità articolare conteneva discreta quantità di pus sciolto: trovata sana la testa dell'omero, vien rimessa in posto. Drenaggio e sutura. Il decorso fu asettico e la ferita si riunì per prima intenzione.

Però dopo qualche settimana, comparvero qua e là sotto la cicatrice dei piccoli ascessi: nello stesso tempo anche gli altri focolai si apersero ampiamente ed il processo tubercolare si diffuse ad ambedue i polmoni. Il giorno 20 gennaio 1890 la bambina venne portata a casa ove morì.

Dei due casi di guarigione, il primo riguarda la bambina Carrara Tiberina di anni 5, che era stata ammessa per un ascesso freddo della fossa sottospinosa secondaria ad artrite fungosa dell'articolazione scapola-omerale sinistra. La bambina aveva in oltre una sinovite sierosa cronica del ginocchio dello stesso lato. Aperto l' ascesso, esciso e raschiato il tessuto di granulazione, che ne tappezzava le pareti, si constatò che questa si continuava sotto la base dell' acromion: si staccò dall' acromion l' inserzione del deltoide ed aperta ampiamente la capsula si resecò la

testa dell'omero e si esportò con le forbici tutta la sinoviale fungosa. Sutura con catgut. Guarigione: i movimenti rimasero tutti conservati.

La testa dell'omero conteneva un focolaio di osteomielite: la cartilagine della cavità glenoide era parzialmente erosa.

Il secondo caso si riferisce al bambino Innocenti Luigi di tre anni ammesso in Clinica il 1 dicembre 1889 per carie e necrosi dell'articolazione scapolo-omerale destra comunicante esternamente per mezzo di due fori fistolosi.

Incisione alla Langenbeck. Resezione di metà della testa omerale collo scopo di meglio dominare il campo operatorio. Esportazione di un piccolo sequestro che si trovava alla base dell'acromion. Esportazione di altri due piccoli sequestri innicchiati nel collo della scapola. Uno di essi comprende buona parte della cavità glenoidea tutta spoglia di cartilagine e si prolunga per due buoni centimetri nella parte centrale del collo della scapola. Raschiamento della cavità ossea resultante dall'estrazione di questi due sequestri. Arrotondamento del rimanente della metà del capo omerale. Sutura parziale. Drenaggio con listerelle di garza all'jodoformio. Medicatura solita. Guarigione rapida.

Dopo 17 mesi il bambino rientra: la cicatrice è sollevata da un piccolo ascesso nella sua porzione inferiore: la testa dell'omero è irregolare e molto ravvicinata all'apofisi coracoide: il braccio destro è più corto 2 ctm. Nessun dolore spontaneo o provocato. Movimenti attivi presso a poco normali ad eccezione di quello d'inalzamento del braccio che è limitato tanto da impedirgli di portare la mano sul capo.

L'ascesso non comunica nè con l'articolazione, nè con altra parte dello scheletro.

Apertura e raschiamento dell'ascesso: siccome il bambino era affetto da ernia inguinale destra, completamente reducibile, viene sottoposto alla cura radicale dell'ernia col processo Bassini. Durante la cura fu colto da morbillo, il quale però non impedì, nè ritardò la guarigione per *primam* dell'ernia e per *seconda* del piccolo ascesso.

Lo si è riveduto il 3 marzo 1893: la guarigione persisteva, i movimenti attivi non avevano nè guadagnato, nè perduto nulla della loro estensione. Però il bambino era alquanto deperito, e presenta la natica destra fortemente sollevata da una raccolta purulenta profonda. Non vi erano segni di lesione dell'articolazione coxofemorale: essendosi la famiglia del bambino stabilita in Empoli lo si indirizza al Dr. Paladini Direttore dello Spedale di questa città.

Il quarto caso fu osservato nel bambino Fei Gino, di due anni,

figlio di madre gracile e di babbo vecchio e affetto da bronchite cronica. Diciannove mesi prima era stato operato di resezione totale della diafisi della tibia sinistra e della epifisi superiore, di resezione parziale della 7ª costa ed enucleazione della 7ª falange del dito indice sinistro per necrosi prodotte da osteomielite acuta, multipla. In 19 mesi non era ancora avvenuta la rigenerazione delle ossa esportate. L'estremo diafisario della epifisi tibiale inferiore terminava in punta assottigliata e pareva continuarsi in un cordone duro, cicatriziale, che occupava il posto della diafisi. L'epifisi superiore mancava affatto.

Mentre egli frequentava l'ambulatorio sul principio del mese di gennaio 1892 si presentavano tutti i fenomeni proprii di una sinovite fungosa della spalla destra. La madre si oppose a qualsiasi cura locale ed il bambino non fu riveduto che in capo a 6 mesi, ed allora la tumefazione della spalla era scomparsa completamente o quasi: il dolore era cessato affatto ed i movimenti avevano riacquistato la loro estensione primitiva tanto che si era creduto ad una guarigione spontanea.

Se non che il giorno 18 febbraio di quest'anno, esso fu ricondotto alla Clinica pediatrica nelle condizioni seguenti. Dimagramento notevole. Colorito pallido: muscoli flosci. Arto inferiore sinistro atrofico (la gamba sinistra è più corta della destra di 2,5 ctm.) Nessuna traccia della diafisi e dell'epifisi superiore della tibia. L'epifisi inferiore termina a cono verso la diafisi. Il perone è leggermente convesso all'infuori. La sua estremità superiore è spostata in alto ed in dietro, contro la faccia posteriore del condilo femorale. Articolazione del ginocchio sinistro ciondolante. Piede sinistro in adduzione ed in supinazione. Indice sinistro, mancante della prima falange e mobile anormalmente in tutti i sensi. Mancanza di un tratto della 7ª costa destra sulla linea ascellare anteriore.

L'articolazione scapolo-omerale destra è uniformemente tumefatta: nella fossa sottoclavicolare, in corrispondenza dell'apofisi coracoide, esiste un ascesso del volume di una noce, coperto da cute paonazza ed assottigliata. La pressione nell'interlinea articolare provoca dolore. I movimenti attivi e passivi sono limitatissimi e non dolorosi.

22 Febbraio. Incisione e raschiamento dell'ascesso: sul margine anteriore del deltoide esiste un foro, che è chiuso da granulazioni e per il quale si arriva sulla testa dell'omero.

Si prolunga l'incisione dell'ascesso, passando sopra all'acromion, fin al di là del suo margine posteriore: si recide col bistouri l'estremo libero dell'acromion non ancora completamente ossificato e lo si rovescia in basso insieme alle fibre del mu-

scolo deltoide, previo distacco del legamento acromio-coracoideo. Con un'incisione trasversale si apre largamente la capsula che è internamente coperta di granulazioni in degenerazione caseosa. La testa dell'omero in prossimità del collo anatomico dell'omero, e, quasi tutto in giro, è parzialmente spoglia di cartilagine. Di più sulla porzione del collo anatomico e chirurgico che guarda in avanti, proprio in mezzo alle tuberosità, si trova una nicchia poco profonda e larga quanto il polpastrello del pollice, di cui il fondo è rugoso, scabro e ricoperto da poche granulazioni.

Distaccate le inserzioni dei muscoli delle grande e piccole tuberosità, si reseca il collo dell'omero subito al di sotto di questa e quindi si compie l'escisione della sinoviale. Sutura dell'acromion con catgut. Drenaggio con garza all'jodoformio e sutura della ferita superficiale e profonda. Non posso dire l'esito proseguendo tuttora a frequentare l'ambulatorio.

Un 5° caso di artrite tubercolare della spalla fu curato ambulatoriamente. Si trattava di un bambino di 1 anno, in cui l'affezione aveva esordito tre mesi prima. Quando si presentò all'ambulatorio aveva la spalla destra fortemente tumefatta ed il cavo ascellare era interamente occupata da una raccolta purulenta.

Aperta e svuotata questa si trovò che il pus si era fatto strada sotto il dettoide e che proveniva dall'articolazione.

Perciò si aperse quest'ultima con un'incisione longitudinale antero-interna e lussata la testa dell'omero si esportò la sinoviale, che era pannosa e coperta qua e là di granulazioni.

Riposizione della testa nella cavità glenoide entrambe sane—drenaggio—suture superficiale e profonda—riunione *per primam*.

Il bambino fu riveduto due mesi dopo l'operazione: la guarigione fino allora si conservava: dopo non fu più riveduto.

A questi 5 casi di artrite tubercolare della spalla aggiungo un caso di periatrite cronica fungosa, che simulava molto bene l'artrite.

Si trattava di un certo Licurgo Del Lungo, di 6 mesi, ammesso in Clinica il 23 aprile 1892.

Spalla destra uniformemente tumefatta, con rete venosa sottocutanea assai pronunziata—fosse sopra e sottoclaveari cancellate nel loro terzo esterno. Foro fistoloso tra l'apice dell'acromion e l'apofisi coracoide. Niente fluttuazione, assenza del dolore spontaneo. Movimenti attivi aboliti; movimenti passivi limitatissimi e dolorosi. La sonda introdotta nel seno fistoloso penetra fin sotto l'acromion: si sospetta un'artro-sinovite fungosa.

Incisione transacromiale. Osteotomia dell'acromion; si rovescia in basso il lembo acromio-deltoideo. Fra la volta acromiale e la

capsula articolare si trova abbondante sostanza caseosa, che viene esportata col cucchiaio. Si apre l'articolazione e la si trova sana.

Il focolaio di flogosi periarticolare aveva origine da un processo di carie interessante la faccia inferiore della spina della scapola nel limite fra essa e la testa dell'acromion.

Esportazione del focolaio di carie mediante la sgorbia. Sutura dell'acromion e della ferita. Guarigione stabile.

Se si tien conto anche del caso curato all'ambulatorio la frequenza relativa dell' artrite tubercolare della spalla sarebbe di 4,13 0[0: una frequenza cioè che sta con quella notata dal BILLROTH di un caso di artrite della spalla su ogni 71 tumori bianchi e quelli dell'OLLIER 42 su 539, ossia 1 : 13.

Articolazione del gomito.

Sono 35 casi, di cui 17 maschi e 18 femmine, che costituiscono il 30,17 0[0 di tutte le lesioni articolari. Tre bambini avevano ammalati ambedue i gomiti: quindi 38 sono le articolazioni ammalate. Riguardo all'età 27 bambini si trovavano nei primi 6 anni di vita e 8 nel 7°, 8°, 9° anno.

L'articolazione destra fu trovata ammalata 20 volte e la sinistra 18. All'epoca della loro ammissione 13 bambini presentavano contemporaneamente alla lesione del gomito, altri focolai di tubercolosi locale.

I traumatismi furono ricordati 10 volte come causa occasionale della malattia, la quale nel resto dei casi ebbe origine spontanea.

Le 38 articolazioni ammalate furono trattate: 2 volte con l'immobilizzazione; 4 volte con l'artrectomia sinoviale sola, 8 volte con la resezione totale e 21 volte con la resezione parziale; uno con l' amputazione. Due volte non fu consentito alcun atto operativo.

Durante l' atto operativo fu constatato che la malattia aveva avuto due sole volte, origine dalla sinoviale e 32 volte dai capi articolari. L'origine dalla sinoviale era in un caso solamente apparente, perchè tre mesi dopo la praticata artrectomia, si fu costretti di ricorrere alla resezione totale per focolai di osteomielite esistenti nell'omero e nel cubito. Perciò si può dire che in 33 casi la malattia aveva avuto origine nell' osso e più precisamente 14 volte nell' estremo superiore del cubito: 11 volte nel cubito e nell'omero, 7 volte nell'estremo inferiore dell'omero ed una volta nel radio e nel condilo omerale.

I risultati delle 34 operazioni, eseguite su 32 bambini furono i seguenti: Guarigioni 22, morti 11, migliorati 1. La mortalità adunque sarebbe del 34, 3 0[0.

Ecco sommariamente le notizie che risguardavano gli 11 casi di morte.

1.° Carrani Maria, di 6 anni (dicembre 86). Resezione totale del gomito destro. Guarigione. Risultato funzionale ottimo dopo un anno. Due anni dopo (aprile 1888) resezione totale del gomito sinistro: presenta nello stesso tempo un ascesso della fossa iliaca destra da carie delle vertebre lombari. Muore in Clinica nel Settembre 1889 per tubercolosi polmonare.

2.° Lari Emilia, di 5 anni. Resezione totale del gomito destro eseguita nel dicembre 86. Nel luglio 87 svuotamento dell'estremo diafisario superiore e dell' estremo diafisario inferiore della tibia destra, contenenti ciascuno un focolaio centrale di osteomielite centrale con sequestro: raschiamento dei seni fistolosi del gomito destro comunicanti con un focolaio di osteomielite del moncone dell'omero ed esportazione di due piccoli sequestri ossei. Nel mese di febbraio 1888 nuova resezione del moncone inferiore dell'omero e svuotamento di tutto il canale midollare dell'osso. Cominciano segni di tubercolosi polmonare, che va progredendo fin che l'uccide sul finir del Settembre 1888.

3.° Nesti Gino, di 3 anni. Resezione dell'estremità superiore del cubito destro ed artrectomia sinoviale nel decembre 1886. L'epifisi cubitale contiene un sequestro centrale, che comunica con l' articolazione mediante un' apertura larga 1[2 centim. esistente alla base dell' olecrano. Nel gennaio 87 è colto da morbillo e vien riportato a casa ove muore poco dopo per broncopolmonite bilaterale.

4.° Lovari Virgilio, di tre anni. Resezione dell' estremo superiore del cubito sinistro e artrectomia sinoviale nel mese di luglio 1887. Guarigione con buon risultato funzionale, che si mantiene fino al gennaio 1888. In quell'epoca è riammesso per ustioni di 1° e 2° grado delle natiche. In febbraio contrae il vaiolo ed è inviato a S. Maria Nuova, ove muore.

5.° Rossi Cesare, di 1 anno. Resezione totale del gomito sinistro nel gennaio 87. Il mese dopo è colto da morbillo e muore per bronco-alveolite doppia, 25 giorni dopo l'invasione della malattia esantematica.

6.° Tresanini Galileo, di 2 anni. Nel mese di marzo 1887 era stato operato di svuotamento della diafisi del 2° metacarpeo sinistro invaso da osteomielite fungosa. Antecedentemente gli erano stati aperti due ascessi freddi della natica e della coscia destra. Nel giugno dello stesso anno, resezione dell' estremità superiore del cubito sinistro ed artrectomia sinoviale. Esce guarito: rientra il mese dopo per laringite crupale e muore.

7.° Conti Duilio, di 26 mesi. Resezione totale del gomito

destro il 2 ottobre 87. Muore il 20 decembre dello stesso anno per lenta setticemia derivante da otite media purulenta cronica.

8.° Bacciotti Carolina di 9 anni. Resezione totale del gomito sinistro nel mese di febbraio 89. Guarigione apparente per primam. Recidiva in sito dopo tre mesi: si resecano per due volte i monconi dell'omero e quelli del radio e del cubito. Guarisce con un' articolazione ciondolante: inviata ai bagni di mare, ritorna in Clinica nell'agosto 1889 con segni d'infiltrazione agli apici: muore di tubercolosi polmonare diffusa nel mese di ottobre 1890.

9.° Rovai Attilio di 4 anni. Sinovite fungosa del gomito sinistro. Tubercolosi dei due testicoli. Ascessi multipli del cuoio capelluto da carie delle ossa craniche. Artrectomia sinoviale nei primi di aprile 1889 ed apertura degli ascessi. In giugno vien mandato al mare, donde ritorna con seni fistolosi sulla cicatrice del gomito. Nel mese di agosto si fa la resezione totale del gomito (focolai centrali nell'estremità articolari dell'omero e del cubito.) Castrazione doppia. Esce nel febbraio 1890 con segni di tubercolosi polmonare e con focolai di granulazione sotto la cicatrice del gomito, e con nuovi focolai tubercolari nell'epifisi inf. del radio destro, nelle ghiandole cervicali e nell' orbita destra. Muore a casa sua nel dicembre 1890.

10.° Fazzi Giulia di 5 anni. Era stata operata 15 mesi innanzi di resezione dell' anca sin. per coxite tubercolare e di resezione della spalla. Di essa è detto diffusamente nell'articolazione: Scapolo-omerale.

11° Ciullini Fosca di 9 anni. Entra per osteomielite centrale del calcagno destro e sinovite del gomito destro nel mese di marzo 1890. Svuotamento del calcagno ed artrectomia sinoviale del gomito. Sulla faccia anteriore dell'epifisi omerale si trova un piccolo sequestro corticale. Dopo tre mesi (20 giugno) si riapre l'articolazione del gomito, perchè la cicatrice s' è aperta in due punti.

Si trova un focolaio di osteomielite cronica, suppurativa che occupa il 3° inferiore dell'omero. La cartilagine d' incrostazione del cubito è bucherellata in più punti. Resezione del 3° inferiore dell'omero e dell'epifisi superiore del cubito. 1 agosto: esportazione di una ghiandola inguinale destra parzialmente suppurata. Escisione e cauterizzazione di due focolai di dermite comparsi nel cavo popliteo destro.

Le varie ferite per operazione non si chiudono mai completamente. Da quella del gomito e del piede sporgono granulazioni fungose pallide, tempestate di piccoli nodi tubercolari.

Le condizioni generali deperiscono ogni giorno di più. Nel

mese di settembre cominciano i fatti di tubercolosi polmonare. La bambina è rinviata all'Ospedale Meyer il giorno 27 febbraio 1891, dove la rivedo un anno dopo e dove essa muore per infezione generale tubercolare.

Come apparisce da queste notizie sommarie, sono morti:

2 bambini per malattie accidentali e dopo guarigione dell'artrite tubercolare (vaiuolo-croup).

2 bambini per malattie accidentali sopraggiunte durante il processo di guarigione (bronco-polmonite post-morbillosa).

7 per moltiplicità dei focolai e per generalizzazione dell'infezione tubercolare. La distanza fra il primo intervento operativo e la morte variò dai 2 mesi ai 2 anni.

La mortalità dei bambini operati, se si fa astrazione dai primi detti, si riduce da 34, 3 0[0 a 28, 1 0[0.

Di fronte a 9 bambini morti, se ne contano 22 guariti ed uno migliorato. L'esito finale di quest'ultimo è ignoto. Togliendo poi dai 22 guariti, i due morti per malattie accidentali, rimangono 20 guarigioni che tuttora, per quanto è a notizia nostra, si mantengono.

È vero che alcune di queste hanno una data molto recente: ma ve ne sono altre che si mantengono da 2-4-6 anni. Queste 20 guarigioni sono dovute in massima parte all'ostinazione colla quale il chirurgo ha combattuto la tubercolosi nelle sue molteplici e ripetute manifestazioni locali.

Vi sono dei bambini, nei quali la tubercolosi ha recidivato 3-4 volte in sito, ed altri nei quali si sono presentati parecchi focolai in altre località, sia nelle parti molli, sia nelle ossa, per cui dovettero passare sotto i ferri del chirurgo per fino 7 volte, prima di potere raggiungere una guarigione stabile. Sarà poi essa stabile davvero?

La risposta non potrà esser data che dopo un' altra serie di anni.

Quanto ai risultati funzionali si notarono sopra otto casi di resezione totale, tre articolazioni ciondolanti; tre risultati funzionali buoni e due ottimi. Questi ultimi due furono osservati nella bambina Chiarini Annunziata, la quale nonostante cinque recidive, ha conservato nei due gomiti movimenti attivi tali da permetterle non solo di scrivere e di lavorare come le altre sue coetanee, ma anche di lanciare sassi ad una certa distanza.

Il numero maggiore di buoni resultati funzionali si è osservato in seguito alle resezioni parziali economiche.

Di complicanze degne di nota se n'è osservata una sola, nella bambina Bencini Pia di 5 anni, alla quale era stata fatta l' artrectomia sinoviale previa resezione dell'olecrano sinistro. Quattro

giorni prima della sua ammissione le era stato aperto nell' ambulatorio un ascesso periarticolare sintomatico di carie dell' olecrano. Al 5° giorno si cambiò per la prima volta la medicatura. Dopo altri tre giorni essendo sopraggiunta febbre con brividi si rinnovò la medicatura e si constatò un' eresipela, che aveva invaso gran parte dell'arto. La cicatrice si era aperta in un punto e dall'apertura usciva poco liquido torbido. Impacco con garza bagnata in una soluzione tiepida di sublimato 1 : 1000: la eresipela si estese alla spalla e alla regione pettorale sinistra ove si arrestò.

Dopo 12 giorni l' eresipela è guarita. Il foro fistoloso formatosi attraverso la cicatrice mette capo ad un sequestro nel moncone dell' olecrano. Sequestrotomia—guarigione definitiva.—Dopo un mese rientra in Clinica con un'emiparesi destra probabilmente di origine embolica. Corrente galvanica debole nei primi giorni, poi extracorrente e massaggio. Guarigione.

L'infezione eresipelatosa fu contratta dalla bambina per essere stata medicata la prima volta dopo l'operazione nello stesso ambiente, ove poco prima era stato medicato un eresipelatoso. L'anfiteatro era l'unico ambiente disponibile allora, nel quale si dovevano operare e medicare tutti i malati, non importa di qualsia malattia.

Con tutto ciò fu questo l'unico esempio di infezione chirurgica contratto nell'Ospedale Pediatrico dal 1886 al giorno d'oggi.

(*continua*).

SULLA PROFILASSI DEL VAIUOLO COLLA VACCINAZIONE

per il Dottor J. B. VIOLI
Medico Pediatra a Costantinopoli.

Due epidemie verificatesi ultimamente alla distanza di pochi mesi a Smyrne, in Asia minore, malgrado le vaccinazioni e rivaccinazioni che sarebbero state eseguite, a quanto si disse, poco tempo prima, ha fatto supporre a qualche collega del paese che le suscettibilità dei vaccinati ad essere contaminati sarebbe stata dovuta alla virulenza speciale del morbo vaioloso.

Dacchè avvennero epidemie di vaiuolo, queste hanno sempre conservato il medesimo grado di virulenza, secondo dell'ambiente in cui si svilupparono.

Se la popolazione era stata vaccinata, o rivaccinata, di recente con una buona qualità di vaccino, i casi sporadici di vaiuolo rimasero isolati; ciò che non si verificò, se questi si sviluppa-

rono ove non si usava la pratica vaccinica, e dove la qualità del vaccino lasciava a desiderare.

Che il virus vaioloso possa diminuire di intensità, per quella tendenza che avrebbero le malattie virulente a perdere col tempo il loro primo grado di infezione, potrebbe esser vero, ma fin'ora non si è verificato nelle epidemie, che abbiamo seguito.

La propagazione adunque delle malattie vaiolose, è dovuta solo al fatto che le popolazioni non si sottopongono, come è di dovere, all'obligo della vaccinazione, e alla cattiva qualità di linfa che può essere stata usata.

Jenner, e con lui Woodville, Decarro, Sacco che tanto contribuirono a far conoscere e propagare la vaccinazione in Inghilterra, Austria, Italia e in Oriente, credettero sulle prime alla infallibilità dell'efficacia della linfa vaccinica.

Dovunque a quei tempi si praticava la vaccinazione, si vedevano cessare, o diminuire le epidemie vaiolose.

I pratici si riposarono così, sugli allori ottenuti col beneficio preservativo, ma dopo circa sedici anni, le epidemie ricominciarono a farsi strada anche là dove la vaccinazione era in uso.

In Francia, a Monpellier, e di là in Europa passo, a passo, si riscontrarono gravi Epidemie di vaiuolo.

Si cominciò allora a capire da parecchi medici, e specialmente da Bousquet in Francia, che il virus che serviva alla vaccinazione, aveva perduto delle sue qualità preservatrici per la troppo prolungata coltivazione, da soggetto a soggetto, e si cercò di rinnovarne la sorgente. Bousquet trovò a Passy come Jenner, aveva trovato a Berkeley in Scozia sulle mani di una giovine che mungeva vacche affette dal Cow-pox, le famose pustole che servirono ad una nuova serie di fruttuosi esperimenti.

Bouley nel 1863 coltivò con successo l'Horse-Pox che trovò su una cavalla nella scuola veterinaria di Belfort.

Si cominciò quindi in ogni paese a riconoscere che il vero mezzo di preservare dal vaiolo, era d'avere della linfa d'origine primitiva recente.

Perfino Ismail Pachà, capo del servizio sanitario in Turchia, fece nel 1867 ricercare una vacca affetta di Cow-pox. Trovatala si fecero delle inoculazioni direttamente in bambini, senza alcuna precauzione antisettica, sicchè si ebbero risipole, flemmoni, che fecero rinunciare a questo virus prezioso.

Fu usata poi tra noi la retrovaccinazione, l'inoculazione cioè d'un animale col vaccino umano, ma questa pratica non diede bei risultati, sui soggetti stessi, nè poteva poi preservare i vaccinati usandosi nella cultura vaccino di vecchia generazione.

Non fu che dopo il 1880 quando s'aprì uno stabilimento vac-

cinogeno (1) che si diradarono o diminuirono le epidemie nella capitale, e anche in parte delle Provincie, e ciò perchè si fece conoscere ad ognuno, la vera utilità della vaccinazione, e la pratica si rese facile a tutti, trovandosi vaccino a buon prezzo di buona qualità e in abbondanza, e facendosi nelle scuole del paese gratuitamente a tutti la rivaccinazione.

E ora non si usa in generale che la linfa animale e così si evita la propagazione di malattie costituzionali, specialmente in paesi in cui la vaccinazione è fatta da empirici.

Dalle osservazioni che mi fu dato di raccogliere dal 1889 credo di concludere, che per essere più probabilmente immune da vaiolo, occorre forse rivaccinare, se non lo si fu da qualche anno, con vaccino di fresca data ogni qualvolta nel quartiere o nelle località, ove si abita si verificheranno casi di malattia vaiolosa.

Che non è necessario di fare più pustole su un braccio d' un paziente per preservarlo, bastandone una, se il virus usato è di buona qualità.

Che, come le pustole vacciniche preservano per un tempo limitato certe persone predisposte alla malattia, così il vaiuolo per quanto confluente sia stato, non preserva per tutta la vita l'individuo che lo soffrì, il quale dopo 6 o 8 anni, della malattia scontata, deve subire la rivaccinazicne che spesso dà esito positivo.

Che la manifestazione di un'eruzione a forma vaiolosa generale all'8° o 9° giorno dalla vaccinazione non dà luogo a serie complicazioni. Che questa è dovuta alla disposizione speciale idiosincrasica del vaccinando.

IL BALSAMO DEL PERÙ NELLE AFFEZIONI GASTRO-ENTERICHE DEI BAMBINI

Nota del Dott. ALBERTO MUGGIA

Medico all'Ospedale Maggiore di S. Giovanni in Torino.

Numerosi furono i rimedii fin' ora proposti contro la diarrea dei bambini, a cominciare dagli astringenti e giungere alla lunga serie dei disinfettanti intestinali. Siccome però questa è ancora uno degli accidenti più frequenti e più gravi della patologia infantile, è sempre raccomandabile ed utile qualunque tentativo di cura. Io sperimentai il balsamo peruviano. Ne fui indotto sia

(1) Del Dottor Violi.

dalla sua composizione (miscela di sostanze aromatiche ecc.) sia dai noti vantaggi che si hanno nelle ferite, ulceri, scottature, scabbia ecc. Già Trousseau e Pidoux lo raccomandarono nei catarri intestinali cronici e specialmente nelle diarree con o senza tenesmo, le quali si residuano talvolta dopo l'ileotifo e dopo la dissenteria infettiva. Oggidì fu del tutto abbandonato, perchè creduto rimedio irritante somministrato per bocca e dannoso allo stomaco e intestino.

Nei bambini poi, a mia conoscenza, non fu mai provato.

Da un anno io curo col balsamo del Perù ambulatoriamente, nella pratica privata ed ospedaliera qualunque affezione gastroenterica dei bambini, notando generalmente un grande giovamento ed in alcune la guarigione perfetta. Lo somministro, sciolto in tre grammi d'alcool coll'aggiunta di molt'acqua e un po' di sciroppo di cedro, alla dose di 10-20 centigr. al giorno nei bambini inferiori agli anni due, alla dose di 30-50 centigr. nei bambini più grandicelli. L'aspetto lattiginoso che così assume e l'odore lo rendono molto piacevole ai bambini. Non ho mai riscontrato alcun fenomeno d'intolleranza, nè vomito, nè albuminuria anche in seguito a uso prolungato: è precauzione però non somministrarlo per più di tre giorni consecutivi specialmente nei bambini di tenera età, anchè per evitare l'introduzione di soverchia quantità d'alcool. Tenendo sempre naturalmente i bambini ad una dieta conveniente, l'effetto antidiarroico del balsamo del Perù riuscì talvolta insufficiente, e fui costretto a ricorrere agli astringenti, il cui effetto fu sempre pronto, anche nei casi in cui essi avevano fallito non essendo ancora stato somministrato il balsamo peruviano.

Non riferisco qui le numerose storie cliniche dei bambini curati in tal modo, credo bene però citare alcuni casi brevemente, in cui ho avuto i migliori risultati; e sono:

Tre casi di gastroenterite acuta: tre di dissenteria infettiva.

B. Adele, mesi 12—Da due giorni vomito, diarrea abbondante, febbre. Si presenta la bambina il 2 ottobre 91 con grande agitazione, temp. 38°,2. Il vomito è composto di sostanze mucose e latte coagulato, poco evidente la reazione di Günsburg. Le feci (5-6 scariche nelle 24 ore) sono giallastre, di odore e reazione acide, contengono muco e sono fetidissime.

Il 3 ottobre somministro 20 centg. Balsamo Peruviano. Poco dopo cessa il vomito, la bambina è più tranquilla, continuano le scariche diarroiche, però non più fetide. Dopo due giorni è completamente ristabilita, avendo preso in tutto 30 centig. di balsamo.

C. Ernesto d'anni 2—Da sei giorni frequenti scariche verdi. Si presenta il bambino il 5 agosto 92 ben nutrito, addome leggermente rigonfio e dolente. Le feci abbondanti sono acquose e di color verde, sono emesse a getto, poco fetide e reazione acida.

Il 6 agosto presente 20 centig. di Balsamo Peruviano e dopo tre giorni di cura il bambino è guarito cambiando da prima di colore le feci, indi cessando la diarrea.

C. Vincenzo, di mesi 6—Da due giorni frequenti scariche verdi.

Bambino pallido, nutrizione deficiente, addome tumido e poco teso. Feci fetidissime di reazione alcalina. Dopo 20 centig. di balsamo preso in due giorni le feci assumono il colore normale, la reazione si fa neutra, cessano le scariche diarroiche.

P. Ernesta, mesi 13—Da tre giorni ha irrequietezza, inappetenza e diarrea muco-sanguinolenta. Il 14 ottobre prende 10 gr. olio di ricino.

Il 15 dieci centigr. Balsamo. Il 16 diminuisce la quantità di sangue nelle feci. Il 20 ottobre cessarono le feci dissenteriche continuando però per alcuni giorni diarroiche.

S. Antonio di anni 4—Ricorreva nella sezione diretta dall' egregio Primario Dott. L. Alvazzi il 18 ottobre 92. Non fu mai ammalato. Da sei giorni ha diarrea continua, inappetenza, da tre giorni le feci contengono muco e sangue. Il bambino è pallido e melanconico, lingua patinosa, asciutta: addome meteorico, poco dolente alla palpazione. Ha scariche abbondantissime, innumerevoli, con tenesmo e caratteristicamente dissenteriche. Il 19 ottobre prende 10 gr. olio di ricino. Il 20 si inizia la cura con 30 centig. Balsamo al giorno; dieta lattea, bagni tiepidi. Non febbre: nessun componente anormale nelle orine. Il 23 le feci non sono più dissenteriche e sono ridotte al numero di 5 scariche nelle 24 ore.

Il 26 ricompaiono feci disenteriche in seguito a disordine dietetico, le quali cessano dopo cinque giorni di cura balsamica. Il 6 novembre le feci erano poltacee, nerastre, non fetide, di reazione neutra. Il 20 novembre esce completamente guarito.

S. Mario, d'anni 12—Entra nella sezione del Dott. L. Alvazzi il 23 settembre 92. Da quindici giorni ha inappetenza, frequenti scariche diarroiche sanguinolenti con dolori di ventre e tenesmo. Fu sempre a dieta rigorosa e prese rimedii astringenti senza alcun giovamento. Alla sua entrata nell' Ospedale l' ammalato è di aspetto gracile, pallido, apiretico. L'addome è piano, dolente alla palpazione. Milza leggermente palpabile. Orine scarse cariche d'urati prive d'albumina. Le feci sono dissenteriche. Nella sua degenza fu sottoposto da prima all' uso interno di salolo, salicilato bismuto, naftolo ecc. senza alcun cambiamento nell' aspetto dissenterico delle feci, con diminuzione però nella quantità di esse. L'8 ottobre fu sottoposto all'uso interno di 50 centigr. di balsamo al giorno e dopo quarant' otto ore le feci non erano più dissenteriche, anche esaminate minutamente al microscopio. Persistevano le scariche diarroiche ancora per alcuni giorni, col 20 ottobre uscì completamente guarito.

Concludendo: Il balsamo peruviano dà nei bambini risultati soddisfacenti nelle affezioni più svariate dell' intestino: enteriti acute o croniche, dissenteria, gastro-enterici ecc.

L'azione curativa di esso si manifesta dapprima mercè un miglioramento dei sintomi generali, più tardi con una benefica modificazione delle feci nella loro qualità e quantità. È bene tollerato alla dose di 20-50 centigr. secondo l'età senza alcun fenomeno tossico.

Torino, febbraio 1893.

BIBLIOGRAFIA

LESAGE — De la dyspep. et de la diarrhée verte des enf. (Revue de méd. 1888).
OPITZ—Die Behandlung der Lungenphtisie mittels Emulsionen von Perubalsam.—Munch. Medicinische Woch. 1889.
GUAITA—Il benzoato di soda nella diarrea infantile.
L. TORALBO — Il balsamo del Perù nelle diarree croniche (Gaz. Medica Torino 1890).
MENSI—Uso ed azione del salolo e dell'arsenito di rame nella diarrea dei bambini (Gazz. Ospitali 1892).
SIMON I.—Nouvelles études sur les diarrhées infantiles 1893.

Clinica Pediatrica dell'Università di Catania
(Prof. GALVAGNO)

SOPRA UN CASO DI CIANOSI CONGENITA

per GAETANO CUTORE CUTORE (a)
Studente in medicina.

La letteratura sulle cardiopatie congenite, nata col secolo XVII, ricca di tanti pregevoli lavori, adorna dei nomi più splendidi del mondo scientifico, ci dimostra che tale capitolo, benchè di poca utilità pratica, in grazia forse delle difficoltà diagnostiche che presenta, ha interessato da gran tempo finanche i migliori ingegni.

Tuttavia « in questo ramo la parte clinica delle nostre cogni- « zioni è rimasta molto indietro del nostro sapere anatomico (LEBERT)» poichè non si è guadagnato dal perfezionamento delle ricerche semjologiche in genere, quel tanto che potrebbe condurre alla diagnosi clinica di tali alterazioni anatomiche. Ed anche oggi il capitolo in discorso, quantunque gli studii d'embriologia abbiano fatto pervenire un raggio di luce rivelatrice sull'etiogenesi di esso, resta e si presenta irto di tali difficoltà da far pronunziare autori quali l'HENOCH, il TARDIEU, lo STEINER, il POCHÉ, il LEBERT per la difficoltà grande, che tante volte diventa impossibilità, di poter riuscire coi nostri mezzi clinici a diagnosticare la sede di tali lesioni.

(a) Questo caso clinico venne illustrato nelle conferenze tenute dal prof. GALVAGNO nei giorni 21-23-29 gennaio.
Devo ringraziare intanto l'egregio prof. che, oltre l'occasione della presente pubblicazione, mi ha apprestato numerosi consigli ed aiuti.

Tutto ciò, noi crediamo, va dovuto a due fattori principalmente, cioè: alla moltiplicità di lesioni che in tali casi per lo più coesistono in uno spazio abbastanza ristretto, qual'è quello della regione cardiaca, ed al fatto che pochi lavori portano ad uno studio comparativo tra i sintomi clinici ed il reperto anatomico.

Di ciò persuasi, abbiamo di buon grado colta l'occasione di studiare l' infermo capitato nella nostra Clinica Pediatrica, per analizzare i fenomeni più importanti e formulare sulla diligente raccolta di essi la nostra diagnosi. Nel contempo avanziamo una promessa: quella di continuare a tener d' occhio l' infermo e di far del tutto per poterne eseguire, quando che sarà, la dissezione anatomica.

Conforti essa in tutto, o smentisca in parte il giudizio clinico, la pubblicheremo ugualmente, poichè nell'un caso e nell'altro gioverà alla istruzione clinica e ci lascerà contenti poichè avendo nella limitazione dei nostri mezzi compiuto tutte quelle ricerche che per noi furono possibili, e cercato di interpetrare i varii fenomeni morbosi nel modo che c' è parso clinicamente più corretto, non potremmo dare ad una possibile smentita del reperto anatomico, che il valore di un prezioso ammaestramento.

Tracciato così il còmpito prefissoci, passiamo ad esporre le note più salienti della storia clinica dell'infermo.

Storia clinica.

M. Giovanni, di anni 8 e mesi 6, da Catania.

Nessuna malattia degna di nota nella linea ascendente e nella collaterale. Ha madre, tre sorelle ed un fratello, viventi e sanissimi.

Il padre, anch'egli di salute abitualmente eccellente, è morto dopo una malattia durata cinque anni, della quale sintomi principali furono, al dir della moglie: lipotimie sempre più frequenti, disturbi visivi che portarono amaurosi completa e paralisi generale durante la quale finì improvvisamente.

La madre verso il *40° giorno di gestazione ebbe forte spavento* per ragioni di famiglia, in seguito soffrì patemi d'animo per il progredire della malattia del marito.

Il piccolo infermo nacque a termine, con parto normale, ed in istato di nutrizione floridissimo. Presentava però sin d' allora una sfumatura cianotica alle labbra ed allo scroto. A sei mesi ebbe una bronchite piuttosto grave, a cinque anni la rosolia, e nel maggio del 1892, contemporaneamente al fratello e ad una delle sorelle, fu affetto da febbre tifoidea per la durata di un mese e dalla quale guarì in segnito ad un soggiorno in campagna. Da quel tempo la tinta cianotica s'è resa più evidente ed ogni movimento è causa di dispnea intensa.

Stato attuale.

Costituzione scheletrica normale, sviluppo organico piuttosto lodevole.

Peso del corpo Kgm. 21. Forza al dinamometro { mano destra 26, mano sinistra 25.

La pelle di tutto il corpo è di colorito bruno che si fa spiccatamente cianotico sulla punta del naso, sui padiglioni delle orecchie, sulla congiuntiva palpebrale, sullo scroto, sul prepuzio e sulle falangi unguifere delle mani e dei piedi, le quali presentano pure, specialmente quelle delle mani, un rigonfiamento a clava e un abbondante sfaldamento di epitelio lungo il margine periungueale. Sull'addome e sul torace si vedono sparse macchie emorragiche puntiformi.

L' infermo risente in modo esagerato gli abbassamenti di temperatura, tanto da assumere spesso la posizione di raccoglimento su se stesso, propria di chi vuole evitare qualunque dispersione di calore. Le estremità si rivelano al tatto molto fredde e ripetute osservazioni termometriche ci hanno dato le seguenti medie:

Mano destra } 34 : 2.
» sinistra }

Inoltre abbiamo trovato:

Cavità ascellare sinitra 36,6.

Piega inguinale destra 36,9.

Durante la notte, il sonno è accompagnato da un gemito incessante ed è interrotto spesso da accessi di dispnea che costringono l'infermo ad assumere la posizione seduta sul letto. Preferisce il decubito sul lato destro.

Non si sono avuti *mai edemi*. Ha sofferto qualche epistassi ed inoltre ogni più piccola ferita è causa di emorragie ostinatissime.

Esame degli apparecchi.

Sistema nervoso. — L'infermo mostra un discreto grado d'intelligenza, ma è facilmente irascibile. Costringendolo al riposo, spesso cade nel sonno. Qualche volta nella giornata è sorpreso da lipotimie che non gli permettono la stazione eretta, mentre la cianosi si fa molto intensa in modo da rendere bluastra tutta la faccia. Gli organi dei sensi specifici non mostrano alterazioni anatomiche o disturbi funzionali di sorta, se togli un leggero grado di cofosi.

Apparecchio respiratorio.—Non si notano che rari colpi di tosse secca e la voce leggermente rauca. Ogni 1° si contano 42 atti respiratorii; la capacità respiratoria è di 1250 cm. c., la pressione espiratoria uguale a 100 mmc.—Notiamo inoltre: le narici mobili durante l'atto ispiratorio ed uno stato di corizza con secrezione mucosa. Delle due metà del torace, la sinistra si presenta più sollevata in modo da delimitare la regione cardiaca, costituendo una vera bozza precordiale con il punto di massima sporgenza sulla linea parasternale. Il fremito vocale tattile non è apprezzabile; la resistenza della parete toracica è normale, eccetto che sulla regione mammaria sinistra, dov'è molto accresciuta.

La risonanza del torace è quasi normale.

L' atto ispiratorio a destra è un pochino rude, l'espiratorio prolungato e di tanto in tanto si avverte qualche ronco sibilante presso la regione mammaria.

A sinistra l'atto ispiratorio si sente meno aspro.

Apparecchio respiratorio. — Il polso alle radiali è piccolo, facilmente compressibile e dà 104 battiti al 1°—Al collo si nota una pulsazione sistolica, arteriosa.

La regione cardiaca è per 1 cm. più alta del rimanente della parete toracica. — Il battito della punta colla sola ispezione non può determinarsi; poggiando piuttosto le dita negli spazii intercostali che vengono

sollevati dall' urto cardiaco, riusciamo a precisare che si solleva di più, quello posto nel 5° spazio, più in prossimità della linea mammillare che della parasternale. È molto evidente intanto, una ondulazione che si stende su tutta la regione precordiale.—Su questa la resistenza è più del normale. L' urto cardiaco non è forte, ma esteso dallo sterno fin sotto il capezzzolo della mammella sinistra; non si avverte fremito alcuno.

L'ottusità relativa del cuore comincia a sinistra e sulla parasternale, dal 2° spazio intercostale; sull' emiclaveare dista dalla linea mediana 5 cm.; finisce in basso, lungo la medesima linea, sul corpo della 7ª costola.

A destra, sulla parasternale corrisponde al margine superiore della 3ª cartilagine costale; sull'emiclaveare dista dalla linea mediana centim. 2, 3; in basso passa, senza modificazione alcuna, in quella epatica.

Il primo fenomeno acustico che si apprezza su tutta la regione cardiaca e fin sull' ascellare anteriore sinistra e sulla mammillare destra, è un forte rumore di soffio che occupa i due toni e la piccola pausa. — Facendo scorrere lo stetoscopio, si percepisce tale rumore della massima forza ed asprezza sul bordo sinistro dello sterno, tra l'inserzione della 4ª e quella della 5ª cartilagine costale. — Sul corpo dello sterno è appena meno aspro e si indebolisce andando dal basso in alto.

Ecco intanto quanto, con ripetuti esami, si è potuto apprezzare sui focolai soliti d'ascoltazione:

Sulla punta, si percepisce un rumore sistolico, aspro, che si prolunga nella piccola pausa, lasciando poi un 2° tono debole, modificato.

Sulla parte inferiore dello sterno, gli stessi segni, però la sistole si inizia con un rumore metallico, secco; il soffio è più aspro e più sonoro che sul focolaio precedente.

Sul 2° spazio intercostale sinistro il 1° tono non si apprezza, pare come oscurato da un soffio abbastanza forte. — Il 2° tono è press' a poco normale, piuttosto debole.

Sul 2° spazio intercostale destro i due toni sono molto vicini al normale ed il soffio si sente ancora, ma molto indebolito.

Posteriormente il rumore di soffio è assai debole, e si distingue meglio d'ogni altro punto, sulla linea paravertebrale in corrispondenza della 5ª costola.

Apparecchio digerente.—Digestione buona, notevole voracità; una defecazione ogni 24 ore, con tendenza alla stitichezza.

Contemporaneamente alle lipotimie che di tanto in tanto colpiscono l'infermo, si svegliano dei borborigmi e delle coliche intestinali, che non di rado hanno cagionato delle evacuazioni fecali involontarie.

La mucosa delle cavità orale e faringea presenta un colorito cianotico; i margini degl' incisivi sono dentellati.

La milza, stando l'infermo in posizione diagonale, presenta i seguenti limiti: nella linea verticale, dal bordo inferiore della 10ª costola, l' ottusità di essa va fin sul corpo della 12ª; nella linea trasversale, dall'ascellare media si porta in dietro, dove si perde in quella dei muscoli lombari.

Il fegato ha per limiti sulle linee mediana, parasternale, mammillare ed ascellare media, in alto la base dell'apofisi ensiforme, il margine superiore della 6ª costola, il margine inferiore della medesima, il margine superiore dell' 8°; in basso, 4 c.m. sotto la base dell' apofisi ensiforme, 5 1/2 c.m., 7 c.m., e 3 1/2 c.m., sotto il bordo costale.

L'esame dell'urina ha dato i seguenti risultati: gr. 1200 nelle 24 ore— reazione acida — colore giallo - ambra — densità 1019 — albumina abbon-

dante—cloruri normali—zucchero assente. Al microscopio: cristalli di acido urico e di fosfato ammonico-magnesiaco—qualche corpuscolo di muco.

In un secondo esame, non si riesce a scoprire traccia alcuna di albumina.

L'esame batteriologico dello sputo ha dato resultato negativo (1).

***

Dietro la raccolta di tutti questi caratteri clinici, volendo entrare nella discussione del problema diagnostico, dobbiamo anzitutto fissare la nostra attenzione sui fenomeni morbosi più importanti e più costanti.

Ora, quello fra essi che a tutta prima richiama l' attenzione del clinico, si è il colorito intensamente cianotico che offrono la faccia e le mani del paziente. Questo sintomo, essendo ben precisato nella sua data, cioè, di essersi manifestato fin dalla nascita del bambino e durando permanentemente fino all'epoca della nostra osservazione, ci porta a circoscrivere la nostra analisi a quelle cardiopatie congenite che presentano per carattere prevalente la cianosi. E volendo ricercare particolarmente a quale delle diverse cardiopatie congenite il nostro caso può più direttamente appartenere, bisogna richiamare alla mente alquanti dei fenomeni morbosi più specialmente rilevati dall'esame fisico.

Le note principali raccolte con l' esame dell' organo cardiaco possono così riassumersi : bozza precordiale accentuata che risente in massa l'urto del cuore—battito della punta non ben determinabile—nessun fremito—urto del cuore esteso, non forte — cuore ipertrofico specialmente nella metà destra—soffio sistolico, forte, aspro su tutta la regione cardiaca ed apprezzabile fin sull'ascellare sinistra, più intenso sul margine sinistro dello sterno fra la 4ª e 5ª cartilagine costale—nessun rumore sulle carotidi—nessuna pulsazione sulle giugulari—polso piccolo, debole. Per seguire una discussione analitica, bisogna metterci sott' occhio i tipi di anormale conformazione cardiaca che portano cianosi e questi possiamo riassumere in quattro gruppi principali, che combinati a diverse lesioni delle valvolecele e degli orifizi finiscono sempre per far prevalere l'azione del cuore venoso sull'arterioso, o meglio determinano costantemente l'invasione del sangue venoso nell'albero arterioso, d'onde la causa precipua della cianosi. Queste anomalie dunque sono:

1° Trasposizione dei grossi vasi e posizione della aorta a cavalcioni sul setto ventricolare. In questo primo gruppo si può

(1) Devo alla gentilezza del collega Licciardi i risultati degli esami delle urine e dello sputo.

fare rientrare la circostanza rara dell'origine dei due tronchi arteriosi da un ventricolo unico.

2° Pervietà del dotto di Botallo o canale arterioso.

3° Diretta comunicazione degli atrî.

4° Pervietà del setto dei ventricoli.

La possibilità delle trasposizioni dei grossi vasi può escludersi, appunto perchè tale anomalia non permette a lungo la vita, ed il nostro infermo conta otto anni e mezzo, nè presenta pericoli di morte imminente. Nei casi di trasposizione dei grossi vasi, anche con condizioni compensative abbastanza favorevoli (forame ovale ampiamente aperto, grande sviluppo della rete capillare bronchiale) la durata massima della vita è stata meno di un anno, ed i due infermi vissuti più a lungo (quelli di Wistar e di Cockle in Rauchfuss) contavano 2 anni e 5-8 mesi.

Secondo il Taruffi, se la trasposizione è completa, la vita si prolunga al più fino al 3° anno.

Inoltre in siffatti casi, i toni cardiaci sogliono sentirsi netti ed il secondo tono della polmonale accentuato (Hochsinger), fatti che non abbiamo nel nostro infermo riscontrati.

Che l'aorta possa nascere a cavalcioni del setto interventricolare, accogliendo perciò sangue dai due ventricoli (disposizione, al pari della precedente, assai frequente a trovare) non ci pare di potere neanche ammettere, poichè in tal caso dovremmo sentire qualche rumore ai grossi vasi arteriosi del collo; rumore nato dalla collisione delle due correnti ventricolari che imboccano il lume aortico.

Non occorre infine spender parole per escludere anche la terza sottodivisione del primo gruppo di cause, cioè l'origine dei vasi arteriosi da un ventricolo unico.

Restano perciò tre possibilità di alterazioni cardiache che possono entrare nella diagnosi differenziale. Il vizio data dalla vita intrauterina e si potrebbe pensare che il canale arterioso fosse rimasto pervio.

Consideriamo le conseguenze e le determinazioni sintomatiche che in tal caso dovremmo trovare. La sistole dei ventricoli è sincrona e, fatta astrazione da altre possibili anomalie (cioè ritenendo anche l'arteria polmonare normale) non è razionale supporre che, a quest'età dell' infermo, la pressione del tronco arterioso destro possa vincere quella del tronco arterioso sinistro. Ad ogni modo, se così fosse, l' aorta riceverebbe due correnti sanguigne, l'una dalla sua origine ventricolare, l'altra dal canale arterioso; ciò oltrecchè portare un polso molto pieno e forte, dovrebbe anche manifestarsi con qualche rumore sui grossi rami dell'aorta, il quale si propagherebbe ancora, seguendo il vortice

della corrente stabilitosi dentro il canale arterioso, colla massima intensità sul lato destro dello sterno.

Nè può cadere in discussione l'ipotesi opposta, cioè la corrente vada dall'aorta nella polmonale, poichè « questa supposizione è contraria al fatto assodato, che cioè vi sia invasione « del sangue venoso nel sistema aortico » (De Dominicis), ciò che dobbiamo assolutamente ammettere per spiegare la cianosi del capo (Murri) e la diminuita capacità respiratoria, cui va congiunto un perimetro toracico ristretto. Diciamo diminuita la capacità respiratoria, poichè questa, secondo le medie fisiologiche date dallo Schnepf, nell'età di 8-9 anni e con una altezza personale di m. 1.18 (che corrisponde perfettamente all'altezza del nostro infermo) è di 1383 cm.c. È diminuito il perimetro toracico perchè invece di segnare centim. 66, media normale, ne segna appena 59, dei quali alcuni devono mettersi in conto dell'eccessivo sviluppo della bozza precordiale.

Tornando a considerare la possibile pervietà del canale arterioso, troviamo che la statistica dimostra e gli autori concordemente ammettono che quest'anomalia si riscontra raramente nei casi di semplice stenosi della polmonale, frequentemente invece nei casi di completa atresia.

Non sappiamo ancora lo stato in cui trovasi l'arteria polmonale nel caso in esame, tuttavia fin da ora possiamo ritenere che atresia completa di essa non può ammettersi, per le ragioni che esporremo a tempo opportuno (1).

Franck (2) ritiene doversi riscontrare nei casi di persistenza del canale arterioso i seguenti caratteri : 1° Un soffio sistolico enorme a livello della 4ª vertebra dorsale. 2° Un rinforzo di questo soffio durante l'inspirazione. 3° Oscillazioni ritmiche del polso, cioè una serie di pulsazioni forti seguite da una serie di pulsazioni deboli (la transizione operandosi in una maniera progressiva. 4° La mancanza di cianosi (Fallot) (3).

In vero nessuno di tali criterii diagnostici troviamo col nostro esame ispirato anche a questa serie di ricerche.

Non troviamo l'accentuazione del secondo tono della polmonale che gli autori hanno trovato in simili casi.

Non si ascolta nemmeno il rumore sistolico a sinistra dello

(1) Il condotto arterioso pervio accompagna spesso la stenosi dell'orifizio aortico (Taruffi).

(2) Dal De Dominicis—Sopra un caso di morbo azzurro. — Bollettino delle Cliniche 30 settembre 1890.

(3) Fallot— La malattia bleu — Marseille Médical. Dalla Rivista Clinica e Terapeutica diretta dal Prof. E. De Renzi—Anno XI, 1889, pag. 90.

sterno, dal 2° al 3° spazio intercostale, che il RAUCHFUSS pone fra i sintomi obbiettivi dell'anomalia in discorso e che l'HOCHSINGER dice doversi sentire sul terzo superiore dello sterno o a livello del manubrio di quest'osso.

Tutti questi argomenti insieme presi riescono validi per escludere la pervietà del canale arterioso.

Prendiamo ora in considerazione la possibilità che si trovasse pervio il forame ovale o facesse difetto il setto interatriale in tutto o in parte.

Prima d'ogni altro notiamo che, se il difetto del setto non è raro, il feto però in tal caso ha vita estrauterina breve (MORRIS LONGSTRETT) (1). D'altro canto, se non avvengono manifesti disturbi di circolo, gli individui possono raggiungere un'età avanzata (DUROZIEZ, Gaz. des hop. 1863, n. 7).

Gli autori che estesamente si sono occupati delle anomalie congenite di cuore, il RAUCHFUSS per esempio, non dicono quali sintomi potrebbero fare non affermare, ma anche con probabilità sospettare, la pervietà del setto interatriale. Il MURRI, nel caso trattato con quella limpidezza di concetti e con quell'alto predominio di logica che lo distinguono e che improntano i lavori dei nostri connazionali, assolutamente trascurati al di là delle Alpi, porta un po' di luce sulla questione, rassegnando le conseguenze meccaniche che alla comunicazione degli altri dovrebbero conseguire. Egli osserva che, nell'ipotesi del setto interatriale aperto, per passare il sangue nell'atrio sinistro dal destro, bisogna che il contenuto di quest'ultimo sia impedito di vuotarsi nel ventricolo corrispondente (orifizio venoso destro ristretto o tricuspide insufficiente) o che l'angustia dell'orifizio polmonale apporti nel ventricolo destro e però anche nell' atrio soprastante una pressione superiore a quella dell' atrio sinistro, potendo perciò il sangue versarsi in quest' ultimo mediante il foro ovale « *Quest'elevamento di pressione nell'atrio destro, deve farsi sentire* « *nelle grandi vene e produrre stasi venosa generalizzata* ». Or noi non abbiamo ragione alcuna per sospettare qualche lesione del forame atrio-ventricolare o della tricuspide; nè possiamo ammettere una pressione elevata nell'atrio destro perchè le grosse vene del collo non si presentano turgide, nè fanno apprezzare ondulazione alcuna.

Il MURRI sostiene, e giustamente, che l'ondulazione venosa

(1) D. MORRIS LONGSTRETT—Cianosi e anomalie del cuore e dei grossi vasi — Trattato di Medicina Pratica compilato da autori americani, edito da William Pepper, M. D. LL. D., Trad. del Dott. Comm. A. LONGHI volume II., edit. F. Vallardi.

non può mancare, perchè prodotta oltrecchè dall'elevata pressione sanguigna, anche dalla spinta maggiore che la massa liquida riceve dalla contrazione dell'orecchietta necessariamente ipertrofica.

Finalmente l' illustre Prof. di Bologna ricorda un altro fenomeno che si dovrebbe apprezzare colla percussione sulla regione cardiaca, e cioè l'aumento nell'estensione dell'ottusità relativa a destra dello sterno, data dall'ipertrofia concentrica dell'atrio destro. E noi troviamo nel caso nostro un'ipertrofia appartenente più al ventricolo che all'atrio destro.

Dunque neanche la possibilità della comunicazione degli atrii, regge al nostro esame.

Qui verrebbe l'esame del setto interventricolare, ma noi crediamo utile stabilire prima un altro fatto che agevolerà lo studio che dovremo fare sulla possibile comunicazione dei ventricoli. E rivolgiamo la nostra attenzione allo stato dell'arteria polmonale e del suo cono.

Abbiamo rilevato dall'esame fisico del cuore, l'ipertrofia di quest' organo e specialmente della metà destra di esso, difatti la punta trovasi più a sinistra che in basso del normale.

Abbiamo trovato inoltre che in tutti i focolai, i toni sono oscurati dal rumore aspro e forte che si origina in corrispondenza del margine sinistro dello sterno, ma non lo sono ugualmente. Difatti mentre sul focolaio d'ascoltazione aortico, i toni sono relativamente netti, su quello della polmonale, il 1° tono è sostituito da un soffio abbastanza forte, ed il 2° tono è debole.

Da questi due fenomeni fisici, ipertrofia del cuore destro e soffio sistolico sul 2° spazio intercostale destro, con 2° tono debole (Hochsinger) siamo autorizzati ad ammettere una stenosi più o meno grave del cono della polmonale.

Il fatto della stenosi polmonale concorda mirabilmente con quello del trovare i polmoni in uno stato di diminuita funzionalità, come dimostrano la diminuita capacità respiratoria e l' impicciolimento corrispondente del perimetro toracico.

Anche nei casi di completa atresia della polmonale, con pervietà del canale arterioso, si possono riscontrare questi due ultimi fenomeni, poichè il lume di questo canale non può eguagliare che difficilmente quello della polmonale in condizioni fisiologiche.

Ma noi, oltrecchè abbiamo potuto escludere la persistente pervietà del canale arterioso, non troviamo ragione per potere ammettere l' obliterazione della polmonale, poichè in tali casi la corrente sanguigna imbocca il forame ovale e passa così direttamente nel cuore sinistro, senza scendere nel ventricolo destro da dove non troverebbe via di uscita e però nell' atresia com-

pleta della polmonale il ventricolo destro si riduce, mentre nella stenosi si dilata e diventa ipertrofico (PEACOCK).

Oltrechè la durata della vita, nella chiusura completa, non si estende mai al di là di un anno intero (LONGSTRETH) e sul focolaio d'ascoltazione non si sentono toni o rumori di sorta.

Ammettendo, colla scorta dell' esame fisico, una stenosi congenita dell'arteria polmonale, a tutta prima si crederebbe dover anche ammettere una stasi in tutto il corpo. Ma i segni di una stasi noi non troviamo, nè è necessario ammettere un ostacolo per il passaggio del sangue dal cuore destro nel sinistro.

A quale alterazione si può attribuire quel forte ed aspro rumore col massimo d'intensità sul margine sinistro dello sterno e propagantesi maggiormente sul lato sinistro del torace? Noi crediamo doversi ad una perforazione esistente nel setto interventricolare.

Tale conclusione spiega in modo completo tutti i fenomeni, ed è avvalorata dalla statistica che mostra la frequenza del trovar riunite queste due anomalie, cioè la stenosi della polmonale con la comunicazione dei ventricoli. (1).

Il MUNGER (LUZZATTO—Trattato italiano di patologia medica—Volume IV, P. II, p. 236 in corso di pubblic.) su 92 casi di stenosi congenita della polmonale, trovò un'unica volta chiuso il setto dei ventricoli.

Il TARUFFI ha raccolto più di 100 osservazioni di tali casi ed in una nota a pag. 98 della sua pregevole Monografia, dichiara di non aver esaurite le ricerche in proposito e di ritenere molto probabile che le osservazioni siano di gran lunga in maggior numero.

Per altro, non avendo trovato ragioni per ammettere la persistenza del canale arterioso, nè la comunicazione degli atrii, ed ammettendo la stenosi della polmonale, anche *a priori* devesi pensare che il sangue venoso trovi qualche nuova via di deflusso per poter permettere una vita abbastanza prolungata, senza gravi disordini circolatorii, e quel che più monta, senza cagionare pienezza del sistema venoso e vuotezza dell'arterioso.

Non possiamo ricorrere all'ipotesi di una via di deflusso compensativa extracardiaca, cioè un circolo collaterale come suole in casi simili avvenire, per eccessivo sviluppo delle anastomosi fra

(1) Il Dott. MATARAZZO (Gazzetta degli Ospitali, N. 61, 1892) non ha ragione di sostenere che la stenosi dell'arteria polmonale è forma rara di cardiopatia congenita. Inoltre la diagnosi che fa nella sua inferma (bambina di 6 anni) di *sola* stenosi polmonale, ci pare precipitata, poichè difficilmente si può credere che la vita si prolunghi tanto tempo senz'altra anomalia compensativa.

i capillari venosi dell'arteria polmonale ed i capillari arteriosi delle arterie bronchiali (MECKEL, IACOBSON, RAMSBOTHAM, WOSS, CALORI) o per mezzo di vasi intercostali che si anastomizzino con vasi pleuritici neoformati.

Il primo fatto compensativo avrebbe portato iperemia della mucosa bronchiale (rantoli, secrezione aumentata), il secondo una pleurite iperplastica (MURRI) (1).

Questa nuova via si sarà stabilita dunque per una perforazione avvenuta nel setto dei ventricoli.

Il ventricolo destro nei primi periodi della vita extrauterina, ha pareti più spesse di quelle del sinistro. Or la stenosi della polmonale produrrà ad ogni sistole un reflusso di quella quantità di sangue che non può essere ricevuta, e la forza necessaria per spingere questa colonna reflua nel ventricolo sinistro, ha perpetuato questo sviluppo in più, in modo che nell'atto sistolico il ventricolo destro ha tale forza da riuscire a far passare il sangue che contiene in parte nella polmonale stenotica, in parte nell'opposta cavità ventricolare.

Per tutto ciò si stabilisce una corrente vorticosa che va dal ventricolo destro nel sinistro, restando così spiegata la propagazione fin sulla linea ascellare anteriore sinistra del forte rumore di soffio che ha la massima intensità sul margine sinistro dello sterno, fra la 4ª e 5ª cartilagine costale, dove per l'appunto corrisponde la linea di divisione dei ventricoli.

Quella quantità di sangue che non può seguire la via della polmonale, trovando modo di passare direttamente nel sistema arterioso, mancano le ragioni per potersi stabilire un disquilibrio di pressione fra il sistema venoso e l'arterioso.

Così resta anche spiegata la ragione per cui il cuore destro non è molto ingrandito, e ciò perchè il ventricolo destro svuotandosi completamente nella sistole, non deve trovarsi dilatato, ma soltanto ipertrofizzato (MURRI).

Il nostro giudizio inoltre viene avvalorato da due conclusioni dell'HOCHSINGER « 1° L'assenza di rumori alla base del cuore, « mentre vengono percepiti chiaramente sulla regione dei ven- « tricoli e sull'ostio dell'arteria polmonale, è sempre un sintomo « importante per la diagnosi differenziale, e dinota una lacuna dei setti o la stenosi della polmonale ».

« 2° La mancanza di un fremito palpabile, quantunque su tutta

(1) IACOBSON vide l'arteria pericardica fornire un ramo ai polmoni, WOSS osservò delle anastomosi fra le arterie coronarie e le bronchiali, PEACOCK fra queste e le esofagee, CRUVEILHIER trovò rami dell'aorta toracica ed addominale che andavano ad irrorare i polmoni (TARUFFI pag. 203). Di tutte queste possibili disposizioni la clinica non può occuparsi.

« la regione precordiale si percepisca un rumore molto chiaro, « si ha quasi soltanto allorchè vi sono abnormi lacune conge- « nite del setto » e, nel nostro caso, del setto dei ventricoli.

Questi fenomeni abbiamo riscontrato e però facciamo nostre le conclusioni del prof. di Vienna.

La (statistica 74 0[0 delle osservazioni raccolte—FALLOT) viene in fine a confortare la nostra diagnosi, poichè segna la massima frequenza della coesistenza delle due alterazioni che ammettiamo nel caso in esame.

Per altro non troviamo segni per ammettere altre alterazioni in altri punti del cuore. Solo il ventricolo sinistro, dobbiamo credere, si trovi anch'esso un po' ipertrofizzato perchè risente l'impulso molto attivo del destro, e l'orecchietta soprastante piuttosto atrofica per la poco quantità di sangue da cui è attraversata.

La nostra diagnosi adunque resta così formulata:

Stenosi del cono della polmonale, ipertrofia del cuore destro; pervietà del setto interventricolare, e stasi accessionali nei varii organi (1).

Patogenesi.—Se vogliamo pensare alla patogenesi delle cardiopatie congenite troviamo che gli autori non concordano nello spiegare la frequente coesistenza dell'alterazione della polmonale con quella del setto dei ventricoli. Alcuni ritengono primaria la ostruzione della polmonale, per lo più a causa di un processo infiammatorio sviluppatosi nell'endo-miocardio (ROKITANSKY, 1844) in un'epoca anteriore alla chiusura del setto ventricolare, cioè durante i primi tre mesi di gestazione (HUNTER, 1783).

In tal modo la corrente sanguigna, non trovando adito sufficiente per la via dei polmoni, devia in parte, stabilendosi così una corrente dal ventricolo destro nel sinistro per l'apertura del setto non ancora formatosi ; e tale corrente impedisce la completa formazione di esso (teoria d' ingorgo di KUSSMAULL). Altri ritengono che il difetto del setto risulti *da una mancanza di attività formativa e plastica delle parti* (teoria dello sviluppo di MECKEL) per cui il difettoso e primario sviluppo del setto, permettendo una nuova via di deflusso, è causa di atrofia dell'arteria polmonale per mancanza di uso. MEYER obbiettò che in qualunque caso, per la forma del ventricolo destro, più facilmente il sangue viene spinto per la via dell'arteria, che non per quella del setto aperto.

Nell' un caso e nell' altro la coesistenza delle due alterazioni

(1) Questa diagnosi fu formulata nelle conferenze tenute il 21-23-29 gennaio.

ci conduce alla ricerca delle cause nell'epoca precedente alla completa formazione del setto, cioè nei primi tre mesi di gravidanza. E noi possiamo accontentarci nel trovare nella storia del nostro infermo che la madre verso il 40° giorno di gravidanza subì un forte spavento, per ragioni di famiglia, che non è necessario riferire.

Come agiscano le impressioni morali della madre sullo sviluppo del feto, non è ancora chiaramente dimostrato. Forse per disturbata circolazione placentare: un ritardo della corrente sanguigna, per esempio, anche di breve durata *nei primi periodi dello sviluppo del feto, quando la formazione è eccessivamente rapida, può avere per risultato alterazioni che diventano permanenti* (LONGSTRETH). Forse anche perchè un processo di flogosi svoltosi nell'endocardio può, per il piccolissimo spazio che sta fra l'ostio dell'arteria polmonale ed il setto interventricolare, interessare contemporaneamente queste due parti. In quanto alla grande disposizione del cuor destro ai processi di flogosi durante la vita fetale, si sa che appunto durante tale periodo, esso esercita una forza impulsiva maggiore del sinistro, perchè deve in gran parte, per mezzo della polmonale e del condotto arterioso, mantenere la circolazione dell'aorta.

Con ciò il WEBER si spiegava l'eguaglianza in grossezza delle pareti d'ambidue i ventricoli per un certo tempo della vita fetale e l'OLLENDORFF (OLLENDORFF L. De vitiis valvularum cordis dextri Diss. Berotini 1867) la maggior disposizione del cuore destro all'endocardite durante tale periodo.

Per la stessa ragione (FRIEDREICH A.—Traité des maladies du coeur. Trad. de l'allem. Paris, 1873) nella vita extrauterina, il cuore sinistro, sopportando una pressione quintupla di quella del destro (FAIVRE) è facilmente disposto ai processi infiammatorii (TARUFFI pag. 133).

Il MORRIS LONGSTRETH mette avanti una ipotesi che riferiamo in ultimo perchè d'indole generale, ma che vogliamo ricordare perchè potrebbe trovar conferma negli studii ulteriori. Egli domanda: non è possibile che una perforazione possa farsi nel setto ventricolare, dopo che esso è stato chiuso, da una lesione avente origine in un ostio arterioso, della stessa natura d'una che ha impedito al setto di chiudersi? In sostegno della sua ipotesi, l'autore ricorda i casi descritti dal PEACOCK nei quali furono trovati apertura del setto dei ventricoli e restringimento della polmonale, ma quest'ultimo cagionato da aderenze delle valvole proprie di tale ostio arterioso.

Ma poichè lo sviluppo dell'apparato valvolare non si effettua se non dopo che il setto dei ventricoli è completo, non si può sup-

porre che le valvole aderiscano in modo da ostruire l'arteria polmonale e impedire la chiusura del setto, quando in realtà esse non sono ancora sviluppate. E però l'A. ritiene che in alcuni casi l'apertura nel *septum ventriculorum* sia in realtà una riapertura.

(*continua*).

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

ZINNIS.—**Trattamento della difteria col percloruro di ferro.**

L'A. lo usa e con successo fin dal 1879 nel 1880, anzi, ne comunicò i buoni risultati avuti anche su questo « Archivio ». L'anno scorso su 19 bambini, dell'età da sei mesi a 8 anni, trattati col percloruro di ferro, 14 colpiti da angina difterica e uno da angina con fenomeni di stenosi laringea, guarirono completamente, non ne morirono che 4, di cui uno con angina difterica gangrenosa e gli altri tre con laringite difterica.

Contro l'angina difterica l'A. usa una soluzione acquosa al 1-2[100, sia in gargarismi pei bambini di più di 5-6 anni, capaci di farli; sia in lozioni con apposito strumento pe' bimbi di 2-5 anni; sia in polverizzazioni per quelli di minore età: I gargarismi, le lozioni, le polverizzazioni si fanno ogni ora di giorno e ogni due ore di notte, dal principio del trattamento, epoca in cui le pseudo-membrane di solito scompaiono in gran parte. Questa cura locale la si continua sino alla completa scomparsa delle pseudomembrane: allora il rimedio si applica ogni due ore di giorno, ogni tre ore la notte. Guarito il malato, giova proseguire il trattamento ancora per una settimana, quattro volte al giorno. Il successo della cura deriva dalla rigorosa sua applicazione: lo si ricordi alle madri.

Se le pseudomembrane non cominciano a staccarsi al 2°-3° giorno, si tocchino allora due volte al giorno con una forte soluzione di percloruro di ferro in glicerina (1 a 6), procurando di non sorpassare i bordi della placca difteritica. Contemporaneamente si fa la cura già descritta. Se le pseudomembrane si diffondono al naso, vi si fanno iniezioni colla stessa soluzione di percloruro di ferro. Da cinque anni L'A. l'adopera inoltre per polverizzazioni contro la laringite difteritica, una all'ora, di giorno, una ogni due ore la notte, sino a che il fischio laringeo rimane intenso; appena si modera, le polverizzazioni si compiono a più lunghi intervalli, come si fa pel trattamento dell'angina difteritica. Come mezzo ausiliario, è raccomandabile un getto di vapori acquosi attorno al letto del malato, che deve circondarsi di cortine. Contro gli accessi di dispnea di tale laringite, vale una spugna bagnata in acqua calda e applicata a livello della laringe. Questa cura al percloruro di ferro della laringite difterica, di cui il ZINNIS vanta la priorità, fu tentata in 10 casi, tra i quali sette volte con esito felice. Se ciò non basta a stabilire definitivamente il valore del rimedio, sprona almeno i colleghi a farne larga prova, trattandosi d'una malattia terribile, contro cui spesso si spunta la cura della persona più esperimentata.

Nei casi di laringite difteritica, il trattamento s'intraprese sull'esordio dei fenomeni di stenosi laringea. Le stesse polverizzazioni si applicarono con successo in sei casi di laringite semplice acuta con sicuri fenomeni di stenosi.

Conclusioni: 1° Il percloruro di ferro, usato secondo le fatte prescri-

zioni, fa scomparire le false membrane in 8-15 giorni, e impedisce sovente la loro estensione al laringe; fatto importante, giacchè nella pluralità dei casi l'esito infausto proviene dalla laringite difterica.

2° Il rimedio tanto più è efficace, quanto più s'impiega sull'inizio della malattia.

3° Estendendosi le false membrane al laringe, i rispettivi fenomeni di stenosi si dileguano spesso colle citate polverizzazioni.

4° Questo rimedio può eziandio adoperarsi con successo contro la laringite acuta e semplice.

Altri colleghi di Atene e del Pireo usarono il metodo terapeutico del ZINNIS, e con successo.

F. PESTALOZZA.

OLINTO.—**Contributo allo studio della poliartrite deformante nel bambino.**

Premessa la descrizione di un caso osservato nella sua clinica, l'A. lo fa seguire da queste considerazioni.

Il reumatismo nodoso nell'infanzia è raro; non conoscendosene che 39 casi prima di 15 anni, e cioè 14 tra 2-5 anni, 15 tra 5-10 anni, 10 fra 10-15 anni. La frequenza maggiore sta dunque prima del 10° anno, anche perchè i casi osservati dopo tale età non sono tutti resi di pubblica ragione pel minore interesse che presentano. PELISSIER sostiene che gli infanti sono colti al pari degli adulti, dalla poliartrite deformante, che gli agenti esterni, che la determinano, trovano un organismo in via di sviluppo e poco resistente. In tal caso, giudica l' A., la malattia dovrebbe presentarsi molto più frequente nell'infanzia. Col DIAMANTBERGER l'età da 2 a 7 anni, caratterizzata da una crescenza rapida, da una nutrizione energica ecc., è l'epoca prediletta dalle manifestazioni scrofolo-tubercolose, dalle febbri eruttive, ed anche dalle manifestazioni reumatiche. OLINTO crede al contrario che il movimento, l'agitazione, la circolazione o meglio gli scambi nutritivi più energici nei bambini sono proprio le cause che impediscono in essi la frequenza del reumatismo nodoso dell'età adulta. Per questo pure la malattia è meno frequente nei maschi che nelle femmine, le quali menano piuttosto una vita sedentaria, nell'interno d'abitazioni malsane e misere. Aggiungi che a cause lente ad agire, come il freddo e l'umidità, facilmente si sottraggono i bambini che si trovano in uno stato transitorio. Nelle osservazioni finora raccolte figurano tra i precedenti le cause o gli indizii della miseria organica, associata o aggravata dalla miseria sociale.

È discussa ancora la natura del reumatismo cronico-nodoso, di cui si nega ogni relazione coi reumatismi veri e anche colle altre manifestazioni dell' artritismo. Dietro speciali indagini, sembra all' A. di non dover ripudiare in assoluto le relazioni della poliartrite deformante colle malattie del gruppo braditrofico di BOUCHARD, potendola quasi considerare come una malattia parareumatica.

Nel caso dell'A. l'inizio della malattia fu piuttosto lento, come avviene nel vecchio: mentre con alcuni nel bambino è più frequente un principio rapido, e con altri un inizio nè rapido nè lento, misto, talora capriccioso, spesso insidioso. La malattia comincia tanto dalle piccole che dalle grandi articolazioni. La deformazione conosciuta sotto il nome di nodosità di HEBERDEN nell'infanzia non è dimostrata. La diagnosi non è difficile: bisogna però differenziare il morbo in parola dal rachitismo. A ciò valgono l'epoca di comparsa della malattia, la sede di predilezione e la forma della nodosità; la libertà dei movimenti delle articolazioni malate,

compromessi nel rachitismo appena nel suo periodo attivo: l'esistenza di scricchiolio. Coesistendo le due malattie, il difficile potrà stare nell'attribuire a ciascuna quello che le spetta. Intorno alla essenza d'ogni complicazione cardiaca, ogni conclusione oggi è prematura.

Il trattamento consiste nell'ioduro di potassio, nell'elettricità, nel massaggio, tanto più efficace quanto più vicino all'esordio del male intrapreso e quanto più l'infermo sarà giovine. (*Revue mens. des malad. de l'enfance*).

F. Pestalozza.

Moncorvo.—**Alcune riflessioni sull'etiologia e sul trattamento della sclerosi a placche.**

Fin dal 1883 l'A. teneva lezioni sulla sclerosi a placche nei bambini, e nel 1884 pubblicava un *Contributo allo studio della sclerosi multiloculare dei bambini*. Contemporaneamente P. Marie pubblicava le sue lezioni sulla *sclerosi a placche dell' infanzia*; e col Moncorvo conveniva che detta lesione cerebro-midollare probabilmente non era che una manifestazione sul nevrasse d'una malattia generale infettiva. In base alle osservazioni raccolte figuravano fra le cause la febbre tifoide, il vaiuolo, la vajoloide, l'eresipela, la polmonite, la scarlattina, il morbillo, la febbre intermittente, la tosse ferina, la dissenteria, la difteria, il cholera: per altri casi Marie era forzato ad ammettere un' infezione male conosciuta o innominata, concludendo che non v'ha alcuna malattia infettiva che non possa produrre la sclerosi a placche. Moncorvo, fondandosi su tre casi da lui studiati, mette fra le condizioni etiologiche anche la sifilide ereditaria, desunta dai segni manifesti eredo-sifilitici e dall'esito felice del trattamento specifico. Ma Marie in un suo nuovo lavoro edito nel 1884 dichiara di non conoscere fatti in cui l'influsso della sifilide sia tanto apparente da convincere della sua potenza etiologica. Diverso è l'avviso del sifilografo Fournier che nel 1886 divide pienamente l'opinione del Moncorvo, le cui tre osservazioni mostrano in modo incontestabile che la sclerosi a placche s'è sviluppata in bambini palesemente eredo-sifilitici. Nel 1887 l'A. pubblica un quarto caso analogo, che apparve tradotto su questo *Archivio:* quanto prima ne pubblicherà altri tre. Nelle sue recenti *lezioni sulle malattie del midollo* Marie non fa alcun cenno delle pubblicazioni del Moncorvo, quantunque nel 1875 ne riassumesse estesamente sul *Progrès médical* una delle prime osservazioni. Quanto alla sifilide, scrive che nella etiologia della vera sclerosi a placche essa sembra avere un'azione nulla o ben mite. Ora se la semplice precedenza o coincidenza d' una malattia microbica generale bastò per stabilire legami di causalità colla produzione delle placche sclerose del nevrasse: se col Marie nessuna malattia infettiva esiste che non possa produrre la sclerosi a placche, come e perchè escludere in assoluto la sifilide dal novero di queste malattie infettive? Aggiungi che Fournier insegna che la sifilide, ovunque si stabilisce, determina degenerazioni sclerose, e disseminata se attacca il nevrasse. Aggiungi che Marie, parlando della tabe, dimostra il predominio della sifilide nella sua etiologia, mentre Babinski vuole che la tabe pei suoi caratteri istologici s'avvicini più alla sclerosi a placche che alla sclerosi secondaria. Da parte sua l'A. opina che la sifilide, sia acquisita che ereditaria, non tarderà ad essere ammessa fra le malattie virulenti capaci di produrre la sclerosi: se i clinici indagheranno imparzialmente gli antecedenti morbosi dei singoli pazienti.

Nel trattamento della sclerosi a placche, Marie propone gli ioduri di sodio o potassio contro l'elemento *sclerosi*, e contro l'elemento *infezione*

consiglia il mercurio, non come antisifilitico ma come antinfettivo generale. MONCORVO gli ribatte che da 10 anni egli ha per primo proposta la cura iodo-idrargirica contro la detta malattia, in cui la provò con successo, e ch'egli solo finora ne ha riferiti in appoggio fatti clinici. Per esperienza basata su 4000 bimbi sifilitici, l'A. poi giudica che il mercurio e suoi derivati non ha che un'azione specifica generale antisifilitica, mentre è impotente come agente antisettico interno, nel senso di prevenire o attenuare la virulenza dei germi infettivi sviluppati negli organi o nel sangue. Questo metodo, che pare così scientifico, così razionale, è inapplicabile alla terapeutica, pensa ROBIN; e COLLIN dice che havvi malattie in cui il terreno preparato dal mercurio può creare uno stato di ricettività tale che una malattia intercorrente diviene subito più grave. Nell'India lo scòrbuto è più grave nei sifilitici durante la cura mercuriale. Dunque anche l'efficacia curativa che vanta il MARIE nel mercurio contro la sclerosi a placche, è un' altra prova dell' origine sifilitica dei casi così vantaggiosamente curati. In conclusione, nessuna ragione farà giustifica la esclusione della sifilide dal novero delle malattie infettive generali capaci di generare la malattia in discorso.

F. PESTALOZZA.

MONCORVO.—**Su un caso di acromegalia in una bimba di 14 mesi, complicata da microcefalia.**

Descritto l'importantissimo ed eccezionale caso, riflette trattarsi di microcefalia congenita, in cui alle conseguenze necessarie della atrofia bilaterale cerebrale si associano i sintomi fondamentali di quella malattia, che per primo illustrò P. MARIE sotto il nome di acromegalia. Gli autori dicono che ha un principio insidioso, che non è mai ereditaria. Nei fatti finora raccolti essa non comparve che dopo l'adolescenza, in genere tra 19 e 26 anni. Una volta solamente iniziò all'epoca della pubertà. P. MARIE conclude che non è nè ereditaria nè congenita. Il caso del MONCORVO riguarda una bimba di 14 mesi; senza credere che la malattia fosse congenita, egli pensa che il suo inizio rimonti a un' epoca assai vicina alla nascita. L'anamnesi dà genitori nevropatici, ma nessun caso d'acromegalia in famiglia. Nessuna precedenza morbosa e infettiva nella bimba. Ciò dimostra ancora una volta quanta oscurità involge l'etiologia dell'acromegalia. Nel caso dell'A. la malattia deve essere apparsa poco dopo la nascita; precocità d'invasione da nessun altro notata. Una coincidenza rara e per la prima volta osservata è la microcefalia congenita: è difficile interpretare la patogenia di questa atrofia della scatola cranica che portò la compressione cerebrale.

Nulla c' è da dire sul trattamento. L' ignoranza che regna sulla genesi dell'acromegalia non concede di stabilire indicazioni terapeutiche più o meno precise: per ora non si può combattere che qualche sintomo, come cefalalgia, insonnio ecc.

F. PESTALOZZA.

BERTI — **Appunti di termometria in casi di malattie acute di neonati immaturi.**

Con questo suo pregevole studio l' aut. illustra un' argomento ancora oggi ricco di ricerche e pure abbastanza controverso in patologia infantile.

Il BERTI classifica tutte le osservazioni da lui fatte in due grandi categorie, comprendendo nella prima tutti quei casi in cui il processo morboso ha un decorso apirettico, e nella seconda tutti quegli altri in cui il morbo seguì un decorso febbrile.

In riguardo ai casi con decorso apiretico, l' aut. ha riscontrato che questi gli sono occorsi assai meno frequentemente di quanto si ritiene; e tale differenza egli crede attribuirla al fatto che ben rare volte i medici studiano col termometro la temperatura dei piccoli malati, per cui i leggieri e i brevi innalzamenti di temperatura rimasero inosservati. Riporta all' uopo sei osservazioni riferibili a casi di itterizia, di resipela ombelicale, di corizza siero-purulenta e di melena, nei quali rarissimamente la temperatura raggiunse un massimo di 37,03 a 37,05.

In riguardo poi alla seconda categoria, l' aut. distingue i casi da lui studiati in cinque gruppi. Nel primo comprende le osservazioni che si riferiscono ad un tipo speciale di febbre che ha durata cortissima, spesso di un giorno solo od anche di ore, ed elevazione termometrica debole. Nel secondo gruppo l' aut. pone tutti quei casi a febbre corta e di solito mite, nei quali non si tratta di passeggiera infezione; e questo perchè la febbre si mostra nell' inizio del morbo e poi non più si manifesta, sia che la malattia termini con la guarigione sia che raggiunga l' esito letale. Il terzo gruppo di febbri è quello che conta i casi in cui l' elevazione dura parimenti poco e per lo più lieve; ma non ha certo il valore prognostico di quella dei casi del primo e del 2° gruppo. E, mentre nei due gruppi precedenti la febbre si manifesta assieme all' inizio dei fatti clinici, in questo gruppo invece i segni del male preesistono da maggiore o minor tempo ed il bambino è già in pericolo di vita. E qui l'aut. nota che, mentre nei bambini a termine le ipertermie premortali non costituiscono una rarità preesistendo già la febbre all' innalzamento ultimo, negli immaturi invece la ipertermia precede sempre il decesso, nè viene anticipata da febbre alta che per eccezione. Nel quarto gruppo, poi, il Berti comprende quella forma di febbre che i trattatisti credono essere propria dell' età infantile. Essa presenterebbe esacerbazione d' intensità varia, esacerbazioni e remissioni irregolari anche nel tempo, intercalate persino da periodi senza febbre. Nel quinto gruppo, infine, l' aut. espone le osservazioni riferibili ad un tipo speciale di febbre che, senza potersi dire discontinua, offre una continuità che rare volte si accompagna ad una regolare remittenza.

Dal fin qui esposto l' aut., riferendosi all' enunciato di Eross, trae la conclusione che non tutti gl' immaturi sono ipotermici, conclusione, peraltro, che attende ancora la conferma o la confutazione sperimentale. Crede del pari che le osservazioni da lui riportate bastino a provare almeno di non essere vero che negli immaturi le malattie, di solito febbrili, decorrano senza febbre, come in modo assoluto generalmente si asserisce, e che non vi è differenza netta tra la maniera di comportarsi degli immaturi e quella degli a termine di fronte ad un processo morboso febbrile. (*Bollettino delle scienze mediche di Bologna*).

G. Somma.

Moncorvo — **Sulla elefantiasi congenita.**

L' aut., dopo di aver descritto alcuni casi di elefantiasi congenita a lui occorsi nella Policlinica di Rio de Janeiro, viene alle conclusioni seguenti: 1° che la condizione patogenica della elefantiasi può benanche manifestarsi prima della nascita; 2° che il processo morboso può qualche volta in talune circostanze assumere uno sviluppo assai pronunziato, fino a raggiungere la formazione fibrosa; 3° che nella terza parte dei casi d'elefantiasi congenita fin ora raccolti la produzione morbosa rimane circoscritta ad una parte del corpo, specialmente agli arti inferiori, assumendo tutti

i caratteri ordinari dei casi acquisiti; 4° che nelle altre due terze parti di casi la infermità assunse la forma molle o cistica, isolata o associata alle formazioni sclerotiche simili a veri fibromi sottocutanei; 5° che in alcuni casi del secondo gruppo si è potuto constatare la coincidenza di zone più o meno vaste di nèi vascolari pelosi o non, aventi sede alle regioni affette dalla formazione elefantiaca.

Premesse queste considerazioni, il Moncorvo espone i criteri clinici, mediante i quali può essere distinta la elefantiasi congenita da alcuni edemi che qualche volta si rinvengono nei neonati (sclerema), per poi venire alla interpretazione della patogenesi di queste formazioni elefantiache congenite. Niente si oppone, secondo l'aut., a vedere in questo processo originario la stessa legge che presiede alla comparsa di altre affezioni del medesimo ordine durante la vita fetale. E qui egli sommariamente espone con ammirevole chiarezza lo stato attuale delle nostre conoscenze in rapporto all'elefantiasi degli adulti. La trasmissibilità per la via placentare di tante altre malattie infettive ci autorizza a non vedere nel caso in questione se non la riproduzione di un fatto analogo. Gli streptococchi, infatti, una volta arrivati nel sangue materno, da qualunque parte provvengano, non trovano ostacoli a penetrare per la via placentare nella circolazione fetale, ove possono rinvenire un mezzo più favorevole alla loro cultura. Allora essi si moltiplicano a dismisura determinando delle forme di flogosi di un tronco o di alcuni rami linfatici, come ha potuto constatare Jordan in due autopsie di bambini morti per elefantiasi congenita, detraendone giudiziosamente la conclusione che è il sistema vascolare, e più particolarmente quello capillare, che è il punto di partenza della iperplasia congiuntivale. Per alcuni casi nei quali la preesistenza dello streptococco nell'organismo materno non possa essere affatto accertato, si potrà essere forse tentati di rinunziare a questa interpretazione patogenica di questa malattia congenita, ma in siffatti casi non bisognerà obbliare che il germe può ben restare allo stato latente nell'organismo della madre ed andare a ritrovare in quello del feto un mezzo molto più adatto alla sua cultura, riassumendo la natura patogena.

Niente, dunque, secondo il Moncorvo si oppone a ritenere questa ipotesi per spiegare le alterazioni vascolari linfatiche produttrici della neo-formazione congiuntivale durante la vita fetale, specialmente nei casi in cui la presenza della filaria è assolutamente posta fuori causa. (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*).

G. Somma.

Ferreira — Sull'uso del blù di metilene nella malaria infantile.

Poggiandosi su ventuno osservazioni d'impaludismo dei bambini, in cui venne impiegato il farmaco, l'autore dallo esame delle sue ricerche cliniche, credesi autorizzato a dedurre le conclusioni seguenti:

1.° Il blù di metilene costituisce un'agente assai efficace nella infezione malarica dei bambini.

2.° Il blù di metilene rende dei servigi salienti sopratutto nei casi d'impaludismo ostinato e prolungato, che resistono spesso agli altri agenti medicamentosi.

3.° Il suo impiego è del pari proficuo in quei piccoli infermi affetti da forme intermittenti e remittenti della malaria che non si accompagnano a fenomeni molto serî da mettere in imminente pericolo la vita dei bambini. Ciò non esclude che nelle forme decisamente perniciose della malaria, che assai spesso resistono a dosi elevate di chinina, non bisogna ar-

restarsi esclusivamente all'amministrazione del blù, ma ricorrere pure, senza perdita di tempo, alle iniezioni di bicloruro di chinina, l'azione delle quali è assai più energica e pronta.

4.° Il blù di metilene è perfettamente tollerato dai bambini; è incapace a produrre vomiti e diarrea, ed i piccoli infermi lo ingeriscono facilmente. Sotto un tal punto di vista esso offre dei vantaggi sui sali di chinina, l'uso dei quali incontra una ripugnanza straordinaria, anche da parte dei parenti.

5.° Il blù di metilene esercita un'azione manifesta sul germe malarico, sul processo della infezione palustre, prova la scomparsa definitiva delle stigmate caratteristiche della malattia, in ispecial modo l'aumento del volume del fegato e della milza.

6.° Il blù di metilene agisce incontestabilmente sull'elemento piretico; ma gli effetti che produce sono minori in confronto di quelli che si osservano dopo la somministrazione dell'antiripina. Esso è dunque un'antitermico debole, nè presenta azione sulle ipertermie.

7.° Il blù di metilene può essere somministrato, anche ai piccoli bambini, senza il menomo inconveniente, a dosi che variano secondo i differenti periodi dell'infanzia, e sopratutto secondo il grado di ostinatezza e di resistenza della infezione. L'osservazione del corso della malattia, e l'apprezzamento degli effetti prodotti sono le principali guide nella maggioranza dei casi. Il suo uso dev'essere prolungato per alquanti giorni dopo la scomparsa della febbre e degli altri sintomi, allo scopo di evitare le recidive, che sono frequenti nella febbre intermittente dei bambini.

8.° Il blù di metilene merita di essere più largamente impiegato nell'impaludismo infantile. Trattasi di un'agente terapeutico, l'efficacia del quale ogni dì più vien dimostrata da fatti certi ed istruttivi. Nei paesi di malaria si deve fare assegnamento su di esso, per combattere l'infezione assai spesso ribelle alle risorse utilizzate fino al giorno d'oggi. (*Bulletin général de Thérapeutique*). G. Somma.

Phocas — **Idrocele congenito tubercolare — Patogenesi dell'idrocele comunicante.**

In questa sua dotta memoria il prof. di Lilla si propone lo scopo di stabilire 1) l'esistenza di una varietà d'idrocele congenito che, a primo aspetto non differisce che assai poco dall'idrocele congenito comune, mentre in sostanza non è che di natura tubercolare; 2) di ricercare se la conoscenza di questa varietà patologica non sia di tal natura da dilucidare la patogenesi dell'idrocele congenito in generale. Per questa seconda parte l'aut. non si dissimula di emettere se non una ipotesi verosimile che potrà essere di guida alle ricerche ulteriori.

All'appoggio di tre osservazioni, descritte con precisione ammirevole, l'aut. si sforza di tracciare i caratteri più spiccati dell'idrocele tubercolare; e tra questi sono degni di speciale considerazione i disturbi generali del bambino che in alcune circostanze possono diventare molto spiccati. Il bambino dimagrisce, diventa pallido, perde l'appetito e la forza. D'altro canto, gli antecedenti ereditari dimostrano spesso l'esistenza della tubercolosi in famiglia. Inoltre, insieme all'idrocele, ai fenomeni generali e peritoneali, possono rinvenirsi eziandio veri ispessimenti della borsa, percettibili attraverso i comuni tegumenti, quasi come un nocciuolo simile ad un altro testicolo, poco doloroso, duro, appiattito, dell'apparenza di una cisti, ma che in analoghe circostanze può essere riconosciuto per un grosso nodulo tubercolare. In tali casi, il cordone spermatico è alquanto più duro e più doloroso che negli idroceli ordinari.

In quanto poi alla patogenesi dell' affezione, è abbastanza difficile stabilire il rapporto che liga le due affezioni concomitanti, l' idrocele e l'ascite. E sul proposito, due ipotesi sono più ammissibili: con la prima, in seguito di una peritonite tubercolare, si deposita nel peritoneo una certa quantità di liquido che, occupando le porzioni declivi della sierosa, in un certo tempo si ammassa nel canale peritoneo-vaginale che per una disposizione congenita si trova aperto. In tal caso l' idrocele sarebbe sempre consecutivo all' ascite tubercolare. Con la 2ª ipotesi: in un bambino predisposto alla tubercolosi, in seguito di una contusione, di una malattia generale o di altra causa determinante, il canale peritoneo-vaginale, che persiste anormalmente, diverrà la sede di una tubercolosi locale.

Le osservazioni personali non autorizzano l' autore a dare la preferenza ad una di queste due ipotesi più che all' altra; delle due, però, egli è proclive ad accettare piuttosto la seconda con qualche riserva. (*Archives provinciales de Chirurgie*).

G. Somma.

BIBLIOGRAFIA

Guaita R. — La salute del Bambino — Scritti varii d' Igiene Infantile — 4.ª Edizione — Milano, 1893.

Questo pregevole manuale d' Igiene Infantile compendia quanto di meglio l' aut. è venuto pubblicando nella lunga pezza di quindici anni a prò della salute, dello allevamento e della educazione dei bambini. La competenza, l' entusiasmo e l' amore, che egli nutre per questa branca di nobili studii, a chiare note rifulgono da ogni pagina del bellissimo volume, unica essendo la nota d'intonazione con cui ogni singolo argomento venne ammirevolmente svolto.

Io non mi dilungherò a tessere gli elogi al chiaro collega milanese per l' opera veramente meritoria, a cui ha posto termine; nè tampoco mi studierò a far risaltare i pregi che adornano il suo lavoro; tanto più che in altri rincontri, ed in questo medesimo periodico, i cortesi lettori vennero già resi consapevoli del giudizio che io ebbi a formarmi delle svariate pubblicazioni dell' autore che, armonizzate asssieme con metodo, ricercatezza e tatto squisito, vengono a costituire oggi la 4ª edizione della sua *Igiene Infantile*.

Dopo di aver dimostrato con validi argomenti la importanza della igiene infantile, l' aut. si occupa diffusamente dell' allevamento del bambino, dettandone, con chiarezza e facilità di esposizione, i principali precetti, fra i quali interessantissimi quelli relativi all' allattamento e sue differenti modalità, ed alla scelta della nutrice, argomenti ai quali il Guaita consacra pregevoli capitoli. Del pari, lo studio sulla termometria nelle malattie dei bambini, quello sulla verminosi e dentizione, sulle convulsioni, sulle cagioni della rachitide e sulla funzione della pelle, rivela a chiare note l' acume clinico ed il senno pratico, per vero non comune, dell' autore.

Seguono molteplici altre interessanti comunicazioni, di cui ciascuna, pel modo com' è trattata, potrebbe formare una conferenza a parte. Fra queste, ricche d' importanza e d' attualità sono quelle riferibili alla nutrizione del bambino, ai giuocattoli, al lavoro intellettuale con le svariate affezioni che dallo stesso hanno origine, al potere ereditario dell' alcoolismo ed alla ginnastica, della quale il Guaita si mostra propugnatore convinto,

giudicandolo mezzo efficacissimo a rafforzare i muscoli ed il sistema osseo, ad accelerare il ricambio materiale dell'organismo, migliorando la crasi, dando maggior tono al muscolo cardiaco e risvegliando potentemente i poteri nutritivi.

I capitoli ultimi che trattano della medicina domestica e dei pregiudizii, costituiscono due appendici al manuale d' Igiene infantile. Essi contengono una infinità di consigli eminentemente pratici che ogni buona madre dovrebbe conoscere od imparare a menadito.

Dal fin qui detto potrà ognuno di leggieri arguire di quanta immensa utilità pratica potrà riuscire lo studio di questo dotto lavoro dell' aut., al quale io non cesserò mai di augurare quella fortuna che giustamente merita. G. S.

Ollivier A. — Études d' Hygiène publique — Quatrième Série — Paris, 1893.

L' aut. già troppo noto per i suoi precedenti lavori e per la profonda competenza in materia d' igiene pubblica, sopratutto in riguardo alle malattie della infanzia, ha messo recentemente a luce il 4.° volume dei suoi studî, che, per importanza ed utilità pratica, specie in fatto di profilassi, non è inferiore ai precedenti.

Nelle 114 pagine che costituiscono questa quarta serie, l' Ollivier riannoda con ordine ammirevole la maggior parte dei rapporti da Lui fatti al Consiglio d' igiene e di salubrità della Senna ed all' Accademia di Medicina di Parigi, non che qualche comunicazione scientifica fatta in seno a Congressi medici.

Sebbene la meta che, col suo instancabile lavoro di questi ultimi dieci anni fu sempre quella di opporsi con adeguati provvedimenti alla diffusione della maggior parte delle malattie contagiose, pure l' aut., tenuto conto dell' acquistò delle nuove conoscenze fatte dalla scienza, ha creduto necessario di completare certe istruzioni e proporne delle altre, specialmente in riguardo a certe quistioni d' igiene infantile.

Ecco perchè in questo volume, con savio accorgimento, l' Ollivier torna a discutere della difterite, delle febbri eruttive, dell' alimentazione viziosa dei neonati, nonchè delle condizioni nelle quali più facilmente si sviluppano la stomatite aftosa, la stomatite ulcero-membranosa, la congiuntivite epidemica ecc. ecc.

Come si scorge agevolmente, l' idea dominante a cui l'aut. ha improntati tutti i suoi lavori e le sue ricerche è stata quella di stabilire le condizioni di sviluppo delle malattie contagiose dell' infanzia, per indi attuare le misure necessarie atte ad impedirne lo sviluppo, sopprimendo o attenuando tutti quei provvedimenti che la scienza e la pratica ritiene irrazionali e vessatorii.

Basterà svolgere le pagine di questo dotto volume per convincersi con qual fede di apostolo, con quale indiscutibile competenza, con quanta erudizione e chiarezza di esposizione l' aut. cerca di raggiungere lo scopo. I capitoli sul tifo, sulla difteria e sulla tubercolosi a preferenza ne fanno fede a meraviglia.

Il migliore augurio che porgo all' autore è quello di continuare, ancora per lunga pezza di anni, i suoi studii e le sue ricerche a bene della infanzia e della umanità. G. S.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

Pro infantia. — Il Comitato d'Igiene di New-York ha pubblicato nello scorcio del decorso anno le istruzioni seguenti relative alle cure da prodigare ai piccoli bambini:

« Niente àvvi di più nocivo che l'eccesso di alimentazione ».

« Ad un bambino di un mese o due un pasto ogni due o tre ore è sufficiente. Se nell'intervallo il bambino ha sete bisogna dargli dell'acqua pura o dell'acqua di orzo non zuccherata ».

« Durante i grandi calori si può aggiungere qualche goccia di *wiskey* all'acqua od al latte ma senza sorpassare la quantità di un cucchiaio da thè nelle 24 ore ».

« Per i bambini non nutriti al seno fa d'uopo servirsi della bevanda seguente: far bollire durante 15 minuti una cucchiaiata da thè di orzo in polvere in mezzo litro di acqua leggiermente salata; mischiarla con una metà di latte bollito, aggiungere, quanto una noce, di zucchero e darla a bere tiepida in un biberone. Dopo di ciò bisognerà tuffare la bottiglia e gli accessorî in un vaso pieno di acqua a cui verrà aggiunta un pò di soda ».

« Ai bambini di cinque a sei mesi si darà metà di acqua di orzo, metà di latte bollito con un po' di zucchero e di sale; si aumenterà la proporzione del latte a misura che il bambino s'innoltra nei mesi ».

« I bambini di sei mesi possono prendere un poco di thè di bue, o di brodo una volta per giorno, solo o mischiato con la bevanda alimentare più innanzi citata; di dieci a dodici mesi si può ad essi concedere una crosta di pane o un poco di carne di bue a succiare ».

« Durante i calori, se la carta di tornasole accusa una leggiera acidità del liquido alimentare su citato, bisogna ad esso aggiungere un pochino di carbonato di soda o meglio rifare la preparazione ».

« Un bambino al di sotto di due anni non deve affatto partecipare ai pranzi di famiglia; i confetti saranno sempre proibiti ».

« Le malattie di estate, ed in particolare la diarrea provvengono dagli eccessi alimentari o dall'aria calda e confinata; bisogna in conseguenza tenere le porte e le finestre aperte e sorvegliare in modo speciale in questa stagione l'alimentazione ».

« È necessario praticare, due volte per giorno, ai bambini delle abluzioni con acqua fredda; esse debbono essere del pari ripetute più spesso in estate, nella quale bisogna preoccuparsi di ogni menomo disturbo delle funzioni digerenti ».

« Fa d'uopo che le case siano tenute, per quanto sia possibile, fresche, ed evitare con cura ogni causa di cattivo odore ».

« Durante i calori, se un bambino è irritabile o di cattivo umore, è necessario condurlo all'aria libera sopratutto a lido delle acque, essendo questo uno dei migliori mezzi di profilassi del colera infantile ».

Concorso a premio. — L'Accademia Medico-Fisica Fiorentina apre il concorso al premio triennale del fu Cav. Dott. Isacco Galligo per lavori di Sifilografia e Pediatria. Il premio sarà di Lire 500; il termine utile per la presentazione dei lavori scade col 31 maggio 1894 e tutte le

memorie presentate al concorso dovranno essere scritte in lingua italiana e dirette alla Presidenza dell' Accademia franche da ogni spesa. Le norme per la iscrizione sono quelle stesse che si richiedono per ogni concorso a premio.

Onorificenza. — Siamo ben lieti di annunziare che il Ministero, con decreto in data 12 aprile prossimo passato, ha conferito al Primo Istituto italiano dei Frenastenici, fondato e diretto a Vercurago dal chiaro e solerte prof. Gonnelli-Cioni, la medaglia di argento destinata ai benemeriti della pubblica istruzione. Contemporaneamente, la Commissione Centrale di Beneficenza della Cassa di Risparmio di Milano ha elargita la somma di Lire 1000 a benefizio della Sezione poveri del medesimo Istituto.

Mentre porgiamo al prof. Gonnelli i nostri più sinceri congratulamenti, nutriamo fiducia che, con la sua instancabile attività, questo suo benemerito Istituto di educazione e d' istruzione per i poveri bambini frenastenici possa ogni di più rendersi degno della pubblica stima e mantenersi sempre all' altezza di quella fama che oggi meritamente gode.

Società di allattamento materno. — Fin dalla sua fondazione (1874) questa Società francese di allattamento materno ha allevato fino all' età di un anno, 81,425 bambini, ed ha dato 12,815 soccorsi temporanei. Dippiù essa possiede un ricovero ove sono accolte le donne maritate o nubili che, giunte all' ultimo periodo della loro gravidanza, si trovano senza pane e senza tetto. Riconosciuto come stabilimento di pubblica utilità nel 1880, la Società di allattamento materno e di ricovero alle donne incinte ha contribuito in una larga proporzione alla diminuzione della mortalità dei bambini della prima età.

La Pediatria agli esami di laurea. — Innanzi alla prima Commissione di esami di Laurea presieduta dal chiaro Prof. De Amicis, svolgeva la sua tesi *sulle bronco-pneumoniti infettive d' origine intestinale nei bambini*, nel prossimo decorso mese di luglio, l'egregio giovine, Giuseppe Capobianco, parente del compianto prof. Raffaele Capobianco della nostra Università. La novità dell' argomento, l' erudizione e la correttezza della forma data al lavoro, le ricerche cliniche e batteriologiche di cui il laureando lo aveva corredato, gli valsero a fargli meritare punti 8, più 5. Al neo-pediatra porgiamo le nostre più sincere felicitazioni.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Orecchioni

Calomelano	gram.	0,20
Polvere di scamonea	»	0,10
Zucchero	q. b.	

mib. f. c. 4 eguali. Da prenderne una ogni quattr' ore. Più:

Acido fenico	gram.	0,50
Solfato di chinina (*ana*		
Acido salicilico (. .	»	2,00
Rhum	»	125,00

mib. Da prenderne ogni ora un cucchiaio.

Dispepsia dei bambini

Acido cloridrico diluito . . . gocce 3-5,00
Pepsina . . . . gram. 0,50
Acqua distillata . . . . . » 500,00
Sciroppo di cannella . . . . » 10,00

mib. Da somministrarne un cucchiaio da dessert prima di ciascun pasto.

HEUBCH.

Pertosse

Acido fenico cristallizzato. . . gram. 0,20
Biborato di soda . . . . . » 4,00
Bicarbonato di soda . . . . » 4,00
Glicerina . . . . » 30,00
Acqua . . . . » 30,00

mib. Per polverizzazioni.

FRARY.

Creosoto di faggio . . . . . gram. 0,25
Sulfonal . . . . » 0,20
Sciroppo del Tolù . . . . . » 150,00

mib. Da somministrarne un cucchiaino da caffè ogni due ore.

DOBISCH.

Mughetto

Acqua di calce. . . . . . gram. 60,00
Acqua di lattuga . . . . . » 60,00
Sciroppo semplice . . . . » 30,00
Tintura di muschio . . . . gocce 4,00

mib. Da propinarne un cucchiaino un'ora dopo ciascuna poppata.

BAUMEL.

Stitichezza dei neonati

Polvere di mannite cristallizzata gram. 5-10,00
Acqua distillata . . . . . » 50,100,00

mib. Ogni due ore un cucchiaio da caffè.

Pane lassativo in polvere . . gram. 20,00

Da somministrarne quanto ne va sulla punta di coltello.

Polvere di radice di rabarbaro
Carbonato di magnesia
Olio saccarato di finocchio } *ana* gram. 5,00

mib. Da somministrarne una punta di coltello una a tre volte al giorno.

Per i bambini più grandicelli:

Acqua lassativa di Vienna gram. 30-50,00
Acqua di ciliege nere
Sciroppo di lamponi } *ana* » 15,00

mib. Da prendersi in due o tre volte durante la giornata.

WIDERHOFER.

Diarrea dei bambini

Acqua borica al 2|00 . . . . gram. 60,00
Olio di mandorle dolci . . . » 5,00
Polvere di gomma . . . . q. b.
Sciroppo di gomma arabica . . » 10,00

mib. Da somministrarla a cucchiai ogni quarto d'ora.

ZAVITZIANO.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

Clinica Pediatrica Chirurgica di Firenze
diretta dal Prof. DANIELE BAJARDI

CONTRIBUTO CLINICO-STATISTICO DELLA TUBERCOLOSI ARTICOLARE NELL'INFANZIA

Per il Dott. G. GUALBERTO MATUCCI Assistente.

(*Cont. e fine, vedi: Anno XI. Fasc. IV. pag. 175*).

Articolazione radio carpica.

Ne abbiamo avuto un solo caso nel bambino Santoni Lorenzo di sei anni. Era ammalato da circa 18 mesi all'articolazione radio-carpica sinistra: la lesione invadeva l'epifisi inferiore del radio e le ossa del carpo fino al 2° metacarpeo, che pur esso, era colpito da osteomielite. Oltre a ciò la pelle era corrosa qua e là da ulceri tubercolari che ne rendevano impossibile la conservazione e quindi un'operazione economica. Si fu decisi per una mutilazione e fu amputato al terzo inferiore dell'avambraccio e guarì *per primam*.

Riveduto dopo quasi due anni, la guarigione si mantiene.

Articolazione sacro-iliaca.

Quattro soli sono i casi di lesione tubercolare dell'articolazione sacro-iliaca, uno dei quali è morto. È questo il caso della Tartagli Isolina, di cinque anni, entrata in Clinica il 6 marzo 1887 con ascesso della natica bilaterale, simmetrico situato nella direzione della sincondrosi sacro-iliaca, la quale è dolente alla pressione.

Incisione ampia dei due ascessi. Si trova carie del margine posteriore della superficie articolare dell'ileo e del sacro nella sua metà superiore in ambo i lati.

Resezione parziale con la sgorbia e col cucchiaio. Medicatura con garza all'jodoformio. Nei primi giorni del dicembre quando le due ferite erano già quasi cicatrizzate sopraggiunge una periostite acuta del margine alveolare della mandibola seguita da necrosi e da gangrena del pavimento orale, per cui muore di setticemia acuta il giorno 16 dicembre 1887.

2° Palai Annita di 4 anni. Entra in clinica nel mese di marzo 1888 con ascesso freddo della natica destra. Non si costatano segni acuti di lesione della sinfisi sacro-iliaca.

Aspirazione del pus ed iniezione di glicerina e jodoformio. Esce dopo dieci giorni volontariamente. Rientra il 12 febbraio 1889 con seno fistoloso che mette capo alla sinfisi sacro-iliaca. Incisione sulla direzione di queste ed estrazione di un sequestro appartenente alla faccia articolare dell'ileo. Raschiamento di un focolaio di granulazioni che s'insinua fra le superficie articolari del sacro e dell'ileo. Medicatura all'jodoformio. Guarigione.

3° Pezzati Alfredo di anni 5. Entra il 28 giugno 1888 con ascesso sintomatico di carie della sinfisi sacro - iliaca sinistra. L'ascesso si è formato da tre mesi in seguito a lesione traumatica accidentale. Apertura dell' ascesso. Resezione parziale della porzione cariata delle due faccie articolari mediante la sgorbia. Iniezione di glicerina e jodoformio. Guarigione per seconda intenzione dopo 4 mesi.

4° Carraresi Ersilia di 5 anni. Entra il 21 Agosto 1890 per vasto ascesso occupante tutta la regione glutea destra e sintomatico di sacro-coxalgia. Incisione ampia dell'ascesso e raschiamento delle sue pareti. Si prolunga quindi l' incisione nella direzione della sinfisi sacro-iliaca fino alla spina iliaca posterior superiore.

Resezione parziale dell' ileo e del sacro mediante la sgorbia. Verso l'estremo superiore della sinfisi si trova un grosso sequestro del sacro, sequestrotomia. Raschiamento delle granulazioni e della sostanza caseosa che circondava il sequestro. Si zaffa con garza al jodoformio.

Guarigione. - Uscita il 27 ottobre 1890. La guarigione persiste.

Articolazione coxo-femorale.

24 sono i casi di coxite, dei quali 11 maschi e 13 femmine, ossia il 20,68 0|0 di tutte le artriti tubercolari osservate in Clinica.

La malattia aveva sede 9 volte nell'articolazione coxo - femorale destra e 13 volte nella sinistra; in 2 casi manca l'indicazione della sede.

È stata occasionata 2 volte sole da traumi: in tutti gli altri casi si è sviluppata spontaneamente : due volte essa durava da oltre 2 anni, tre volte da 1 anno ed il maggior numero di volte da pochi mesi.

Relativamente all'età, 18 casi furono osservati in bambini dai 3 ai 6 anni, 3 casi da 8-10 anni, 3 casi da 1-2 anni. Due bambini non furono sottoposti ad alcuna cura, uno perchè marantico e affetto da tubercolosi viscerale che lo uccise, l'altro perchè i genitori non hanno permesso alcun intervento.

19 furono operati e fu eseguita 7 volte la decapitazione del femore, 8 volte la resezione del collo compreso il gran trocan-

tere; due volte la resezione dell'estremo diafisario del femore; 2 volte l'artrectomia sinoviale senza decapitazione. L'artrectomia sinoviale è stata eseguita in tutto 4 volte: però in 2 casi si fu obbligati di ricorrere alla resezione della testa benchè sana, perchè in uno di questi non si poteva fare altrimenti per poter compiere l'esportazione di tutta la sinoviale, nell'altro è stato fatto dopo l'escisione di tutta la sinoviale, perchè non si riusciva a ricondurre la testa nell'acetabolo. Contemporaneamente si è eseguito in otto casi l'estrazione di sequestri dall'acetabolo.

I processi operativi seguiti nella Clinica Pediatrica furono: 8 volte quello del König; 6 volte quella del Langebeck; 3 volte quello del Kocher ed 1 volta quello del Bidder: in un caso non si è potuto seguire nessuno dei processi classici.

L'esame anatomico fatto durante e dopo l'operazione ha dimostrato che la tubercolosi dell'articolazione aveva avuto origine 16 volte dell'osso e tre volte della sinoviale.

Il più delle volte il focolaio primitivo aveva sede nel collo del femore, raramente nella testa, più raramente nell'acetabolo solo. In alcuni casi non fu possibile determinare se il focolaio avesse avuto origine prima nel collo o prima nell' acetabolo, essendo ugualmente avanzate le alterazioni nell'uno e nell'altro.

In 8 bambini la lesione aveva dato luogo ad ascessi, in altri 3 era stata seguita da lussazione iliaca spontanea, in 1 il focolaio articolare comunicava esternamente mediante un foro fistoloso.

Fu fatta raramente la sutura profonda e superficiale della ferita; si è invece preferito di zaffare la soluzione di continuità con garza all'jodoformio e di procurare la guarigione per 2ª intenzione. L'estensione permanente coi pesi è stata eseguita, quando era possibile, tutto il tempo in cui l'operato rimaneva in Clinica. Durante la buona stagione gli operati passavano buona parte del giorno all'aria libera nel piccolo giardino annesso alla Clinica.

Gli esiti furono: 16 guarigioni e 4 morti, 2 miglioramenti, 2 esiti nulli. Si è avuta cioè una mortalità dal 16, 6 0[0 su 24 bambini: se invece si tien conto dei soli 19 operati gli esiti sono i seguenti: Guarigioni 16. Morti 3 cioè il 15, 7 0[0. Di queste 16 guarigioni 15 sono stabili. Uno invece il Mazzanti Rodolfo dopo che la guarigione si era mantenuta per circa 18 mesi, fu riveduto in questi ultimi giorni, con una recidiva in sito che aveva già dato esito in suppurazione. Consigliato a entrare nuovamente in Clinica non accettò il consiglio; ne ignoro l'esito finale.

Dei 15 guariti, stabilmente, tre ebbero una recidiva in sito dopo 3, 4 e 10 mesi rispettivamente, 2 presentarono più tardi un ascesso ghiandolare nell' inguine corrispondente. Il risultato

funzionale fu buono in 14 casi nei quali l'accorciamento variava dai 3-5 ctm. In un caso (Catelani Andrea di anni 5. Artrectomia sinoviale. Resezione della testa spontaneamente lussata e irriducibile) l'accorciamento era di 1|2 cm. dopo 13 mesi e non era punto aumentato dopo altri 5 mesi.

In due casi il risultato funzionale ha lasciato molto a desiderare: si trattava di 2 bambini, nei quali la lesione datava da oltre 2 anni.

Il 1° Fracassi Augusto di 5 anni, era entrato nell'Ospedale Pediatrico il giorno 8 giugno 1885 per coxo-artrocace sinistro, che datava da parecchi mesi. Gli venne aperto allora un ascesso della natica sinistra e non risulta che sia stata attaccata dal chirurgo l'articolazione.

Nel dicembre 1886 rientrava nell'Ospedale. Persisteva il coxo-artrocace con fori e seni fistolosi multipli. L' arto sinistro era notevolmente accorciato ed atrofico. Le ghiandole inguinali dello stesso lato erano ingrossate e mobili. Nel mese di gennaio 1887 fu aperta l'articolazione. Il capo del femore e porzione del collo erano completamente distrutte dalla carie. L' acetabolo era tutto spoglio di cartilagine ed alquanto slargato. Il gran trocantere e parte dell'estremo diafisario superiore erano occupati da focolai di osteomielite cronica. Si resecò il femore, 4 dita trasverse al di sotto del gran trocantere. Il pezzo resecato misurava in tutto 9,5 centimetri. Fu praticata per 6 mesi l'estensione permanente coi pesi. All'epoca dell'uscita 3 agosto 1887, l'accorciamento dell'arto era 6 centimetri.

Il bambino era divenuto florido e forte, e tale si mantiene al giorno d'oggi. Però dopo 6 anni l'accorciamento ha superato i 12 cm. ed è tale da rendere l' arto affatto inservibile.

Il 2° è un bambino di 8 anni, Bartolini Gino, che era entrato il giorno 20 novembre 1887. L'anno antecedente era stato curato durante alcuni mesi coll' estensione permanente mediante l'apparecchio del GUERSANT nella Clinica Chirurgica diretta dal prof. CORRADI. Avendo avuto l'occasione di presentarlo agli studenti in una delle sue lezioni di Clinica Chirurgica propedeutica, il prof. BAJARDI ha potuto accertarsi che l'affezione s'era iniziata da circa un anno.

Quando fu portato nella Clinica Pediatrica era anemico, assai dimagrato, tossicoloso, febbricitante. L'arto sinistro era atrofico ed accorciato di oltre un cm. Le ghiandole inguinali e iliache sinistre ingrossate. Leggiera ipofonesi all'apice del polmone sinistro: respiro aspro in corrispondenza dei 2 apici. L'esame degli sputi riesce negativo in quanto si riferisce al bacillo di KOCK.

2 aprile. Resezione col processo KÖNIG. La linea di sezione

corrisponde alla base del gran trocantere. La testa è in gran parte distrutta. Il cotile è spoglio completamente di cartilagine e molto slargato.

Il suo margine interno è quasi scomparso per corrosione. Si svuota un vasto ascesso, che occupa il lato interno della coscia e che comunica con l'articolazione. Guarigione per 2ª. Estensione permanente durante 4 mesi, dopo i quali il bambino esce in condizioni floridissime. L'accorciamento dell' arto nel maggio 1888 era 5 cm. Nell'aprile 1892, 5 anni dopo l'operazione, era 8 cm. L'arto era sempre molto denutrito; i movimenti erano limitati specialmente l'adduzione e l'abduzione; la flessione raggiungeva l'angolo retto; l'estensione sola era completa. Il bambino, figlio di padre tubercoloso, comincia a dimagrare e a tossire.

I tre casi terminati con la morte sono i seguenti: 1° Fazzi Giulia di 4 anni. Entra il 24 febbraio 1888 per coxite fungosa sinistra che aveva avuto origine spontanea da poco più di un mese. 7 marzo: resezione alla base del gran trocantere. 25 maggio: recidiva in sito. Si esporta col cucchiaio una massa di fungosità, che circonda il moncone del femore ingrossato, e riempie il cotile continuandosi fino alla cicatrice. Apertura di due ascessi dei quali uno è sotto il gluteo medio, l'altro fra il pettineo ed il sartorio. Resezione di porzione del moncone occupato da un focolaio di osteomielite ed estrazione di un piccolo sequestro corticale.

24 Agosto. La ferita è chiusa. Vi sono due glandole ingrossate e mobili nell'inguine sinistro. Vien mandata ai bagni di mare.

24 Ottobre. Rientra: la cicatrice è sollevata da un focolaio di granulazioni parzialmente suppurato. Raschiamento col cucchiaio e cauterizzazione col termo-cauterio. Medicatura con glicerina e jodoformio come al solito. Esce apparentemente guarita il giorno 6 Dicembre.

9 Gennaio 1889. Nuova recidiva in sito. Ascesso ghiandolare nell'inguine sinistro. Apertura e raschiamento dell'ascesso inguinale. Esportazione di granulazioni, che dalla cicatrice vanno al moncone del femore, il quale pare sano.

20 febbraio. L'ascesso inguinale è guarito; altro piccolo ascesso sotto la cicatrice, sintomatico di sequestro corticale del moncone.

21 maggio. Si sono manifestati i segni obiettivi di un artrite tubercolare del gomito destro. Resezione dell'olecrano e artrectomia sinoviale. Nel mese di giugno va ai bagni di mare.

27 luglio. Altra recidiva in sito (nell'anca). Segni manifesti di artrite fungosa della spalla destra. Artrectomia sinoviale dell'articolazione scapolo-omerale (11 novembre).

1 dicembre. Recidiva nelle tre articolazioni operate. Ascesso

sintomatico di carie della 5ª vertebra dorsale. Primi fenomeni di tubercolosi polmonare.

20 gennaio 1890. Viene portata a casa, ove muore dopo qualche settimana.

2.° Brinati Italia di 6 anni. Entrò la prima volta il 3 gennaio 1890 con segni di poliartrite nelle due anche e nel ginocchio destro. Fu sottoposta all'uso interno del salicilato di sodio ed alla immobilizzazione. Dopo 10 giorni erano scomparsi i fenomeni di artrite delle due articolazioni coxofemorali e persisteva solo un pò di dolore ed un lievissimo edema del ginocchio destro. Uscita il giorno 13 gennaio con un apparecchio immobilizzante del ginocchio, ritornò il 22 febbraio coi segni di coxite sinistra incipiente. Dopo 4 mesi d'immobilizzazione e di estensione permanente coi pesi, i sintomi della coxite si erano talmente accentuati che si ricorse alla resezione. Il giorno 22 luglio fu risecato il collo subito sopra il gran trocantere; si estrassero dall'acetabolo tre sequestri e si escise tutta la sinoviale che era convertita in una massa fungosa.

La testa era piccola, conica, sformata. La superficie cartilaginea presentava qua e là degl'infossamenti, in corrispondenza dei quali la testa era atrofica. Nel suo quadrante inferiore, vicino al cul di sacco della sinoviale la cartilagine era bucherellata e la sostanza ossea sottostante alquanto rarefatta. Nella sostanza spongiosa del collo, piccolissimi focolai di osteomielite. Guarigione per 2ª intenzione.

22 settembre. Osteomielite epifisaria inferiore del femore destro e sinovite fungosa del ginocchio secondaria. La bambina è dimagrata molto e comincia a tossire. Ipofonesi e respiro aspro in corrispondenza della fossa sottospinosa destra. Artrectomia sinoviale e svuotamento dei 2 condili femorali contenenti ciascuno un focolaio di osteomielite fungosa parzialmente suppurato. Il giorno 13 gennaio la cicatrice del ginocchio si esulcera e si aprono varii seni fistolosi. A cominciare da questo giorno la bambina viene sottoposta alle iniezioni di tubercolina del Koch, le quali vengono ripetute a giorni alterni cominciando con 3|10 di milligrammo e terminando il giorno 3 marzo con un centesimo. La guarigione della coxite si mantiene: le condizioni locali del ginocchio si modificano solo in quanto è aumentata la suppurazione: la tubercolosi si è estesa a tutto il lobo superiore di ambedue i polmoni. Il massimo di temperatura fu osservato dopo 5 ore della prima iniezione (40°). Negli altri giorni la temperatura oscillò tra 38° al mattino e 39°, 5—39°, 8 la sera. Il giorno 7 aprile 1891 la bambina morì.

3. Mattoni Attilio, di 14 mesi, figlio di genitori ignoti, era ca-

duto dal letto tre mesi prima della sua entrata in Clinica. A 7 mesi era stato ricoverato per furoncolosi ed a quell' epoca non esisteva traccia alcuna di malattia articolare. Il giorno 8 febbraio 1891 (tre mesi dopo la caduta) presentava dietro il gran trocantere destro un ascesso sintomatico di coxite cronica fungosa con febbre vespertina. Resezione col processo del Kocher. La cavità articolare era occupata di granulazioni: il cotile era sano. La cartilagine d'incrostazione della testa era qua e là fortemente assottigliata, atrofica, per cui la superficie appariva irregolare, disuguale. Nel limite tra testa e collo si trovò un focolaio centrale di osteomielite, contenente un sequestro grosso quanto una nocciola aperto sul lato esterno del collo.

La sostanza spongiosa della rimasta porzione del collo è disseminata di piccolissimi focolai di osteomielite.

Guarigione per 2ª intenzione dopo due mesi. In questa epoca il bambino comincia a dimagrare a vista d'occhio e sopraggiunge un catarro gastro-enterico ribelle ad ogni cura per tre settimane. Migliorate le condizioni dell' intestino, il bambino si mostra inquieto e grida quando gli si tocca la gamba sinistra. Si rilevano i segni di osteomielite epifisaria inferiore del femore sinistro: poco dopo si aggiungono quelli della sinovite fungosa del ginocchio. Il catarro intestinale recidiva: i polmoni vengono invasi da tubercolosi miliare e il bambino muore il 14 aprile 1891.

Articolazione del ginocchio

Ne abbiamo avuti 29 casi (maschi 18, femmine 11) ossia il 25, 86 0|0 di tutte le artriti tubercolari. Erano ammalati 13 volte il ginocchio destro, 15 volte il sinistro: manca in un caso l'indicazione dell'arto ammalato. Riguardo all'età il maggior numero di casi si è osservato in bambini di 4, 5, ed 8 anni (17). La malattia ha quasi sempre avuto origine spontaneamente.

All'epoca del loro ingresso presentavano ammalati un solo ginocchio 17 bambini, gli altri 12 contemporaneamente avevano altri focolai di tubercolosi locale. In 7 bambini l'artrite era suppurata.

Su 29 casi si è osservata 3 volte la forma d' idrarto cronico tubercolare. Cinque bambini furono trattati con la immobilizzazione sola, uno con le iniezioni di olio e jodoformio, due con le iniezioni di acido fenico (soluzione acquosa 3 0|0) venti furono sottoposti all' operazione, uno rifiutò qualsiasi intervento operativo.

Dalla data dell'operazione a quella della morte sono decorsi: una volta 56 giorni (Formigli Alfredo entrato il 29 marzo 1892.

Artrectomia sinoviale, sutura e iniezione di olio e jodoformio) morto per tubercolosi miliare acuta, una volta 2 mesi (GHELARDINI Anna. Artrectomia sinoviale, sutura e iniezione di glicerina jodoformica il 25.2.90. Decorso apirettico fino al 15 aprile; in questo giorno brivido intenso, alla sera, 39.5 Vien diagnosticata una polmonite destra. Vien condotta via il 27 aprile in condizioni gravissime e muore a casa di poi).

Decorsero poi 6, 7, 8 mesi rispettivamente nei bambini Mazzoni Giulio, Raffaelli Giuseppa e Calandri Giuseppe morti per tubercolosi pulmonare; e nei bambini Brinati Italia, Lotti Lionero la morte avvenne pure per tubercolosi polmonare e rispettivamente dopo uno e due anni.

Di 20 operati 9 sono guariti, 4 sono usciti con recidiva, 7 sono morti ossia la mortalità ha raggiunto il 35 0[0. Le cause della morte, ripeto, furono una volta la pulmonite lobare e sei volte la tubercolosi viscerale: questi ultimi sei bambini presenrono tutti all' atto del loro ingresso focolai tubercolosi multipli.

Dei 20 operati hanno subìto in primo tempo la sola artrectotomia sinoviale 11: 7 la resezione parziale e 2 la resezione totale. Si è osservata la recidiva in sito, o meglio la continuazione del processo in 14 operati, dei quali 6 sono morti, 4 sono usciti e non si rividero più e 4 sono guariti: uno di questi ultimi però ebbe a subire l' amputazione della coscia al terzo inferiore ed è il Cecchi Giulio.

Durante le operazioni fatte in primo tempo, e durante quelle ripetute per la 2ª e per la 3ª volta, si è potuto constatare che la malattia aveva avuto origine 7 volte dalla sinoviale e 13 volte dai capi articolari e più precisamente 8 volte dall' epifisi femorale e 5 volte dall'epifisi tibiale.

Fra i nove casi di guarigione, meritano speciale menzione quelli dei bambini Mazzoni Ferdinando e Quilici Gino.

Il primo era entrato in Clinica il 10 maggio 1877 per sinovite fungosa del ginocchio destro: sulla parte anteriore del condilo esterno del femore si notava un punto dolente sotto la pressione che era nettamente circoscritto; però il condilo non era ingrossato. Si praticò l'artrectomia sinoviale e la cartilagine di rivestimento dei condili appariva normale: essendo però stato segnato il punto dolente e dubitando che esso fosse sintomo di osteomielite centrale, il Prof. BAJARDI incise a tutto spessore la cartilagine ad esso sovrastante formando con esso un lembo la cui base rimaneva aderente alla faccia esterna del condilo. Sollevato questo lembo e praticata col più piccolo dei cucchiai del WOLKMANN una apertura di saggio nella sostanza ossea si rinvenne a poca profondità un focolaio di granulazioni del volume

di un piccolo cece circondato da sostanza ossea sclerosata. Tolte le granulazioni e zaffata la piccola cavità con polvere di jodoformio si rimise a posto il lembo di cartilagine e, dopo avere irrigata la cavità articolare con soluzione calda di sublimato 1:1000, si praticò la sutura con catgut e la fognatura con due tubetti di gomma.

La temperatura salì a 38°,9: il giorno dopo l'operazione scese a 38°, il giorno seguente e poi si mantenne nei limiti fisiologici fino alla fine. Guarigione per *primam*.

Il risultato funzionale fu uno dei più belli: dopo quattro mesi i movimenti attivi di flessione e di estensione si compievano normalmente e tali si mantengono ancora al giorno d'oggi.

Il secondo, Quilici Gino di 5 anni, era entrato il giorno 28 giugno 1888. Esso proveniva dalla Clinica Chirurgica generale dove era stato operato di artrectomia sinoviale dell'articolazione tibio-astragalea sinistra, previa esportazione dell'astragalo circa un mese prima.

Nell'entrare nell'Ospedale Pediatrico le condizioni generali erano le seguenti:

Sulla cicatrice che rivelava per la sua direzione un processo operativo alla Kocher subito sotto il malleolo esterno esistevano due fori fistolosi, che si erano aperti da poco tempo. Il ginocchio sinistro presenta le note caratteristiche della sinovite fungosa; un essudato liquido ne distende la capsula: la sinovite data da pochi giorni. Si notano inoltre un ascesso nella regione anteriore della coscia sinistra grosso quanto un arancio: altri ascessi in numero di nove, aventi press'a poco il volume di una nocciuola ed occupanti il cellulare sottocutaneo degli arti inferiori e del tronco: linfoadenite cronica delle glandole epitrocleari sinistre. Febbre vespertina. Tutti questi focolai si erano sviluppati poco tempo dopo l'operazione sul piede.

10 luglio. Artrectomia sinoviale del ginocchio, nel quale vi è essudato siero-fibrinoso sanguinolento in discreta copia. Apertura e raschiamento di tutti gli ascessi ed estirpazione delle glandole epitrocleari. Raschiamento dei due seni fistolosi. Guarigione per 2ª intenzione.

10 ottobre. Tre fori fistolosi sul corso della cicatrice del ginocchio: nessuno di essi comunica con l'articolazione: vengono raschiati. Esce guarito il 13 gennaio 1889.

5 febbraio. Focolaio di granulazioni sotto la cicatrice del ginocchio — escisione e cauterizzazione col Pacquelin.

12 aprile. Nuova recidiva locale. Si riapre l'articolazione e si esportano le granulazioni esistenti tutto attorno alle superficie ar-

ticolari del femore e della tibia; la rotula priva di cartilagine viene esportata.

Cicatrizzata la ferita viene inviato ai bagni di mare donde ritorna il 24 agosto peggiorato. Essendo rimasto lungo tempo sprovvisto di qualsiasi apparecchio, il ginocchio erasi flesso con un angolo di 120°.

Fu perciò sottoposto dapprima all'estensione graduata mediante trazione continua coi pesi; poi al raddrizzamento forzato sotto la cloro-narcosi.

7 marzo 1890. Esce munito di apparecchio: ma se vien lasciato anche pochi giorni senza, il ginocchio tende a flettersi.

Qualche mese dopo la sua uscita viene colpito da congiuntivite purulenta che lo priva dell'occhio destro per panoftalmite e lascia sulla cornea sinistra un leucoma non aderente.

Durante il lungo tempo in cui rimane in Clinica Oculistica il ginocchio è lasciato senza apparecchio per il che vien ricondotto in Clinica pediatrica nel mese di luglio 1891 con un anchilosi angolare del ginocchio. Le condizioni generali sono buone: non esiste più da tempo alcun focolaio di tubercolosi locale. Essendo riuscito vano qualunque tentativo di raddrizzamento sotto la cloronarcosi, si pratica la resezione cuneiforme del ginocchio. Il cuneo è formato a spese dei condili femorali e della tibia in parti quasi uguali. La base del cuneo è alta 4, cm. il suo diametro trasversale misura 7 cm. La sostanza ossea esportata è sana. La cartilagine di rivestimento dei condili ha conservato il suo spessore normale: quella che riveste la superficie articolare della tibia è quasi completamente scomparsa ed è sostituita da un tessuto fibroso, compatto che fissa la tibia ai condili. L'esame anatomico dimostra che gli strati superficiali della cartilagine femorale sono trasformati in tessuto fibroso che si continua con quello che riveste la superficie articolare della tibia. L'unione fra la porzione femorale e la porzione tibiale del cuneo è così intima e forte che non si riesce a determinare alcun movimento dell'una sull'altra. La cartilagine interepifisaria è stata risparmiata.

Messe a contatto le due superficie di resezione del femore e della tibia, ed assicuratisi che l'estensione dell'arto è perfetta, si fa la medicatura antisettica e fasciatura immobilizzante che viene mantenuta in posto per 20 giorni, passati i quali si trova che l'unione ossea è già avanzata: la guarigione si compie bene ed è persistente.

Articolazione tibio-astragalea.

Casi 20 (maschi 7, femmine 13), ossia il 17,23 0[0 di tutte le articolazioni.

L'articolazione tibio-astragalea destra era malata in 9 casi, la sinistra in 11. Riguardo all'età: 2 bambini contavano meno di 1 anno (1 e 7 mesi rispettivamente) 4 si trovavano tra 1 e 2 anni; 4 da 2-4 anni, 4 da 4-6 anni, 3 da 6-8 anni, 3 da 8-9 anni. Si sono inoltre osservati tre casi di empiema tubercolare dell'articolazione.

La malattia era limitata 6 volte alla sinoviale e 14 volte era secondaria a lesioni ossee. I focolai di osteomielite avevano sede 5 volte nell'epifisi tibiale: 3 volte nella tibia e nel tarso, 2 volte nell'epifisi peroneale; 2 volte nell'astragalo e 2 volte nel calcagno.

Un bambino fu curato con l'ignipuntura e la immobilizzazione: uno non fu assoggettato a cura nessuna per opposizione dei genitori e 18 furono operati.

Di questi ultimi, 8 volte fu praticata la sola artrectomia sinoviale, previa estirpazione dell'astragalo; in 4 casi fu di più aggiunta la resezione parziale della tibia, in 2 quella del perone ed in 2 fu praticata insieme alla resezione della tibia e del perone anche la escisione della superficie articolare del calcagno. In tutti questi casi si preferì l'incisione delle parti molli consigliata dal Kocher.

In un caso fu fatta la sola artrectomia con drenaggio dell'articolazione ed in uno la resezione osteo-plastica col processo Vladimiroff-Mikulicz.

Aperta l'articolazione si procurò, per quanto era possibile, di risparmiare al taglio i tendini dei peronei e nei casi in cui si dovette reciderli (e furono ben pochi) si praticò sempre la *tenorafia.*

Su 18 operati si sono avuti 13 guarigioni, 4 morti ed un esito incerto.

Il primo dei quattro morti è Omero Casini di 18 mesi, operato di artrectomia sinoviale con esportazione dello astragalo sano il giorno 23 aprile 1887. Dopo 20 giorni si rese manifesto un focolaio di osteomielite nell'epifisi superiore della tibia, il quale non si era rivelato innanzi nè con segni obiettivi, nè con fenomeni subiettivi; ma che doveva esistere già quando fu fatta l'artrectomia sinoviale, perchè in esso si trovò, insieme a pus, molte granulazioni in degenerazione caseosa e tre piccoli sequestri.

In seguito, passato circa un mese dal 2° intervento, si tumefece tutta la diafisi tibiale e la cicatrice del piede si esulcerò. Incisa quest'ultima ed asportata una massa di granulazioni esistenti fra il calcagno e la tibia si notò che quest'ultima era scoperta di cartilagine, e necrosata nella sua epifisi. Perciò si comincia col risecare l'apofisi tibiale inferiore, ed avendo trovata invasa da osteomielite diffusa anche la diafisi, si enuclea anche questa.

Il bambino, che al suo ingresso in Clinica presentava le note di un leggiero catarro bronchiale, vien colto il 10 giugno da broncoalveolite e muore il 16 dello stesso mese. La necroscopia rivelò la tubercolosi miliare di ambedue i polmoni.

Il secondo morto è Beucci Ugo di tre anni, il quale, oltre l'artrectomia sinoviale con esportazione dell'astragalo aveva subìto l'escisione di altri focolai di tubercolosi cutanea del dorso della mano e dello scroto, ascesso freddo sul dorso dell'altro piede. Quattro mesi dopo il primo intervento moriva di tubercolosi polmonare.

Il terzo Bartolini Argia di 5 anni, morta di broncopolmonite acuta, che si era manifestata la notte precedente l'operazione e che non era stata avvertita nè diagnosticata da nessuno.

Il 4° è Parretti Ugo di anni 8. Era stato licenziato guarito dopo tre mesi e mezzo di cura e dopo aver recidivato due volte: all'atto della sua uscita si erano riscontrati i segni d'infiltrazione dell'apice del polmone destro.

Esso è morto di tubercolosi dopo circa un anno.

Il caso di esito incerto riguarda un bambino (Gianni Sandro) di tre anni che era stato colpito da morbillo e da bronco-polmonite ad esso secondaria pochi giorni dopo l'artrectomia sinoviale ed era stato riportato a casa dai suoi genitori: molto probabilmente anche questo morì.

Di fronte a questi morti si hanno 15 guariti. La guarigione ebbe luogo raramente per prima intenzione, sia perchè in alcuni casi non si volle riunire la ferita colla sutura, sia perchè in alcuni altri si ebbero recidive locali prima ancora che fosse terminato il lavorio di cicatrizzazione.

Il risultato funzionale fu buono in tutti i casi terminati con la guarigione: l'accorciamento dell'arto, derivante dalla mancanza dell'astragalo, venne sempre facilmente corretto mediante una suola di sughero aggiunta alla scarpa. La nuova articolazione fra tibia e calcagno godeva in molti casi di una certa mobilità, per cui l'andatura riusciva quasi normale.

Fra questi 20 casi di tubercolosi dell'articolazione tibio-astragalea merita speciale menzione uno in cui il processo si era esteso all'estremo inferiore della tibia e a tutte le ossa del tarso.

Si trattava di una bambina di 6 anni Mazzoli Marietta entrata in Clinica il 13 aprile 1891. La malattia era cominciata da oltre 18 mesi nell'articolazione tibio-astragalea sinistra. Contemporaneamente s'era formato un ascesso freddo sul lato interno del ginocchio che si aperse e guarì senza l'intervento del chirurgo. Il giorno in cui fu ammessa in Clinica esisteva una tumefazione enorme che si estendeva da 2 dita trasverse sopra l'interlinea tibio-astragalea fino alla linea tarso-metatarsica.

La pelle era integra, ma non sana, poichè sulla faccia dorsale esistevano due larghe chiazze di color rosso - bluastro in corrispondenza delle quali la cute era assai assottigliata.

In questo caso venne praticata la resezione osteo-plastica secondo il processo Wladimiroff-Mikulicz.

L'articolazione tibio - astragalea e l'articolazione astragalo-calcaneare erano ripiene di fungosità, disseminate di piccoli focolai caseosi: la cartilagine d'incrostazione della tibia era ampiamente erosa e al disotto di essa esisteva un focolaio di osteomielite grosso quanto un cece che venne esportato insieme ad una fetta dell'epifisi, spessa un centimetro: la cartilagine d'incrostazione della puleggia astragalea era corrosa anch'essa: il calcagno conteneva un focolaio di osteomielite fungosa centrale: il cuboide e lo scafoide erano rammolliti; i tre cuneiformi apparivano sani; però fra l'uno e l'altro s'era infiltrato del tessuto di granulazione il quale esisteva in maggior copia fra essi e lo scafoide. In corrispondenza di ciascuna delle due chiazze bluastre osservate sulla cute fu osservato un focolaio di granulazioni fungose che infiltravano la guaina dei tendini ed invadevano il cellulare sottocutaneo.

Esportate accuratamente queste granulazioni ed assicuratici che la superficie di sezione della tibia e quelle dell'estremità posteriore dei metatarsei erano sane, risecata l'epifisi inferiore del perone a livello della superficie di sezione della tibia, si portarono a contatto reciproco le superficie ossee mantenendole in sito mediante la sola fasciatura.

Tolta la medicatura dopo 15 giorni, si trovò tutto riunito *per primam*. Dopo circa due mesi la bambina cominciò a camminare: fu riveduta ogni tanto, le fu donata una scarpa fatta sul modello di quelle che servono agli amputati di piede alla maniera del Pirogoff e posso oggi assicurare che la bambina cammina a piede a lungo senza mai risentire nè stanchezza, nè alcuna molestia di sorta. L'arto operato era in principio più lungo dell'altro di circa 2 cm. per cui era costretta la bambina a portare una suola di sughero all'altra scarpa per ottenere il pareggio.

Presentemente, dopo 22 mesi, la guarigione si mantiene.

Giunto al termine di questo mio contributo clinico - statistico della tubercolosi articolare nella infanzia sento precipuo dovere di porgere i miei più vivi e sentiti ringraziamenti all'ottimo mio maestro Prof. Daniele Bajardi Direttore della Clinica, il quale mi fu sempre largo di ottimi ammaestramenti.

Clinica Pediatrica dell'Università di Catania
(Prof. GALVAGNO)

SOPRA UN CASO DI CIANOSI CONGENITA

per **GAETANO CUTORE CUTORE**
Studente in medicina.

(*Continuazione, vedi pag. 193, fasc. IV*).

***

Prima di chiudere la discussione clinica, vogliamo fare qualche altra considerazione sulla cianosi e sugli altri fenomeni presentati dall'infermo.

La cianosi è la caratteristica se non più costante, almeno più evidente che sogliono presentare gl'individui affetti da lesioni cardiache congenite; essa ha dato il nome a questo gruppo di processi patologici (cianosi congenita, morbus coeruleus, male azzurro, malattia bleu, icteritia coelestina, ictere violet ecc...), e sull'etiogenesi di essa si sono impiantate delle vivaci discussioni che sono tutt'altro che risolte.

Nei casi di alterazioni cardiache congenite, la cianosi si deve alla stasi, alla mescolanza del sangue venoso con l'arterioso, o alla deficiente ossidazione polmonale?

Non si può essere esclusivisti nel rispondere al quesito così formulato, poichè spesse volte tali cause agiscono di conserva ed anzi per l'azione complessiva di esse, la tinta cianotica nei cardiaci-nati raggiunge quell'alto grado d'intensità che raramente si osserva negli altri infermi.

Noi ammettiamo che la stasi porti il suo contributo, ma non sappiamo attribuirle il valore fondamentale che vogliono i sostenitori di essa (Morgagni (1), Louis (2), Lebert (3), Friedreich (4), Gerhardt (5), Rosenstein (6), Jaccoud (7), Rauchfuss (8), Alvarenga (9), Cadet de Gassicourt, Gambert (10), Parona ed altri).

Attenendoci esclusivamente all'esame del nostro piccolo infermo, non sappiamo credere che la stasi sia causa di tutti i fenomeni morbosi che ci stanno sott'occhio.

(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) Citati dal prof. De Dominicis.

(9) Dott. Lombardini—Sulla patogenesi della cianosi—Gazzetta degli Ospedali—1883, N.° 83-84.

(10) Malformation congénitale du cœur par M. M. Cadet de Gassicourt et Gambert—Revue mensuelle des maladies de l'enfance, Tome VIII—Février, 1890 Paris.

Il centro circolatorio, per l' eccessivo lavoro che deve sostenere onde compensare il disturbo idraulico apportato dalla conformazione anormale delle sue parti, si trova in uno stato di vera ipercinesi.

Tutte le volte che l' infermo esegue un lavoro muscolare o camminando o pigliando parte ai giuochi dei compagni, o parlando a voce alta, cresce la pressione sanguigna nei grandi vasi ed il cuore è chiamato ad un maggior lavoro.

Ma quest' organo abitualmente esplica il *maximum* del lavoro possibile, non può disporre quindi dell' energia latente che il cuore normale richiama in atto tutte le volte che ne viene richiesto e però sono frequenti nel nostro infermo degli accessi di collasso (ipocinesi), durante i quali il cuor destro, che è il più affaticato, non è atto ad equilibrare l' attività del sinistro ed allora soltanto avvengono nei due sistemi circolatori dei gravi squilibri di pressione.

Ritornando la calma e rientrando in attività il cuor destro, la pressione nel sistema venoso e nell' arterioso torna ad ugualgliarsi e la stasi viene rimossa.

Nello stabilire la natura e la sede dell' anomalia cardiaca, abbiamo veduto che, per la diretta comunicazione dei ventricoli, mancano le condizioni per poter ammettere una permanente differenza di pressione nei due sistemi dell' albero circolatorio.

Ammettiamo dunque delle *stasi*, che si ripetono di tanto in tanto, *ad accessi*, manifestandosi col complesso di sintomi che rileviamo dalla storia clinica : lipotimie, accentuazione del colorito cianotico, affanno intenso, cardiopalmo, movimenti rapidi dell' intestino, urine transitoriamente albuminose, ecc.

È inconcepibile, scriveva il De Dominicis in un caso analogo al nostro, *che una stasi tanto intensa quanto si deve presumere in proporzione di una cianosi tale che non si osserva se non raramente negli ordinarî vizi acquisiti del cuore, possa stare per tanti anni senza idropisia, senza dispnea, senza catarro bronco-polmonale ecc..., e sopratutto poi senza turbare il regolare sviluppo del corpo con una lodevole nutrizione.*

Nè fa d' uopo invocare una stasi irremovibile per la spiegazione dei varî sintomi. Difatti le lipotimie possono benissimo attribuirsi a delle stasi fugaci, perchè il sistema nervoso è tanto delicato da risentire, più di tutti gli altri, i disturbi circolatori appena essi si stabiliscono.

Per altro il sistema nervoso, come le altre parti dell' organismo, è ben sviluppato, l' intelligenza dell' infermo è perfetta e la facilità, del resto non molto spinta con cui questi cade nel sonno, può essere dovuta, più che a stasi, all' azione di sostanze

accumulate nell' organismo in conseguenza dell' imperfetta ossidazione organica (TORDEUS) (1). Gli ultimi studî sulle autointossicazioni parlano per la produzione di sostanze non ancora chimicamente ben definite, in tutti i processi patologici che hanno una alterazione fondamentale comune, cioè la imperfetta ossidazione organica (avvelenamenti, varie sorta di anemie, diabete, gotta, fatica ecc...)

Il capitolo delle autointossicazioni invero è appena abbozzato, ma per questo non possiamo fare a meno di concludere in generale che « *tutto quello che favorisce la respirazione interna e polmonare vale a preservare dall'auto-intossicazione* » (ALBERTONI) (2).

Nell' esame degli apparecchi troviamo che durante le lipotimie, la cianosi si fa molto intensa, l' affanno aumenta e ciò perchè alle cause che rendono permanenti questi due fenomeni si aggiunge, tutte le volte che vien turbato l' equilibrio fra le due sezioni dell' apparato circolatorio, quel dippiù dovuto alla stasi.

Il sangue, già carico di acido carbonico, appena si stabilisce la stasi, se ne rende talmente sovraccarico da costituire un forte stimolo per il centro respiratorio e per i gangli auto-motori del cuore, restando così spiegato anche il cardiopalmo che sorge nell' infermo durante gli svenimenti.

I movimenti rapidi e dolorosi dell' intestino, seguìti spesso da involontarie evacuazioni fecali, non sono duraturi, non hanno quel carattere di progressione lenta che è proprio degli effetti della stasi, ma si manifestano invece rapidamente e nell' ugual modo scompariscono, al pari degli altri fenomeni che accompagnano gli accessi lipotimici. Da ciò siamo portati a qualificare questi fenomeni del tubo digerente quali disturbi consensuali a quelli del sistema nervoso centrale, in grazia dei rapporti che passano tra questi due apparecchi mediante lo pneumo-gastrico.

Nè l' esame delle urine parla per una stasi duratura, poichè in esse l' albumina non si è trovata costantemente.

Altri fenomeni morbosi, per esempio, le macchie emorragiche, le epistassi, le ferite molto sanguinanti, potrebbero sembrare a tutta prima prodotti dalla stasi, ma si deve pensare che anche le alterazioni degenerative delle pareti vasali, dovute alla deficiente ossidazione sopportata dall' intiero organismo, possono produrli.

---

(1) Ospedale di S. Pietro di Bruxelles—Clinica delle malattie dei bambini (dott. E. TORDEUS) Della Cianosi — Dalla Riforma Medica Anno V, 1889 — N. 57-58.

(2) ALBERTONI. — Sulle auto-intossicazioni — Trattato italiano di patologia medica in corso di pubblicazione—Vol. I, Parte 1ª p. 37.

Così ancora la bassa temperatura, riscontrata specialmente alle mani, per lo più è un' effetto della stasi : ciò non toglie che il sangue sovraccarico di acido carbonico, rallentando i processi di ossidazione organica, non possa venire invocato come causa di tale fenomeno.

In fine il trovare il polso piccolo e tardo parla per la mescolanza del sangue, poichè nel caso di stasi e di ostacoli alla circolazione, *la frequenza del polso sarebbe piuttosto aumentata che diminuita, come lo è sempre, se per un vizio cardiaco più o meno grave si sviluppa stasi nel sistema venoso* (CANTANI).

Ci resta a spiegare l' aumentato volume del fegato e della milza. Per l' organo epatico possiamo ammettere, tenendo conto del modo di vita che l' infermo è costretto a menare, pur conservando un appetito esagerato, e della maggiore decomposizione dell'albumina consecutiva alla diminuita ossidazione organica, che si trovi iniziato un processo di infiltrazione e degenerazione grassa. Se pensiamo che questa doppia alterazione istologica dell'organo epatico deve ostacolare la circolazione nelle ultime ramificazioni della vena porta, che le stasi transitorie, ma ripetute, devono lasciare un po' per volta delle conseguenze in un tessuto parenchimale talmente in relazione con il sistema circolatorio, possiamo nel complesso di questi fatti trovare una spiegazione soddisfacente dell' aumentato volume di quest' organo.

Ed aggiungiamo un' ultima idea sull' argomento : in tutti gli altri casi di anomalie cardiache congenite accompagnate da cianosi, insieme con l' aumentato volume del fegato e della milza, l' esame del sangue ha fatto notare una iperglobulia rilevantissima. Il MALASSEZ (1), nel sangue di un malato del reparto di POTAIN, ha trovato un numero di globuli rossi che varia da 7,500,000 a 9,130,000, senza leucocitosi, ed il contenuto in emoglobina molto aumentato. Una differenza in più di emasie davvero enorme ! Or il VAQUEZ (2), che ha trovato lo stesso aumento numerico di emasie, emette una ipotesi che non abbiamo, almeno fin oggi, ragione per respingere : inclinerebbe, egli dunque, molto a credere vi sia iperattività funzionale degli organi ematopoietici e con ciò spiegherebbe l' esagerato volume del fegato e della milza che si riscontra in tali casi (3).

Il Dott. GATTI si è giovato dell' esame del fondo oculare e del

(1) Riforma Medica—Anno VIII, Vol. II, N. 123, pag. 572.
(2) Idem, pag. 635—Bulletin méd. N. 38—1892.
(3) Per ragioni superiori alla nostra volontà, non abbiamo potuto praticare l'esame del sangue nel nostro infermo durante il tempo che è stato sotto la nostra osservazione, nè crediamo utile praticarlo ora che trovasi fortemente anasarcatico—In un altro infermo, di anni 16, affetto anch' esso

confronto di turgore delle vene e delle arterie retiniche per emettere ancora un giudizio in sostegno della miscela del sangue venoso con l' arterioso. Mentre nella cianosi per vizii cardiaci acquisiti riscontrasi turgore delle vene e sottigliezza delle arterie retiniche e facile distinzione delle une dalle altre, nel caso di vizio congenito che l' autore riferisce potè riscontrare, la *perfetta uguaglianza di colorito venoso del sangue circolante tanto nelle arterie quanto nelle vene centrali della retina.* Quest' idea può dirsi davvero ingegnosa perchè permette l'esame ed il confronto diretto e facile dei vasi appartenenti alle due sezioni del sistema circolatorio e porta un gran colpo alla teoria della stasi.

Il lavoro del GATTI pervenne molto tardi nelle nostre mani per poter sperimentare quest'altro mezzo d'indagine davvero prezioso.

Il prof. DE DOMINICIS avanza una nuova idea per ammettere un altro fattore che contribuisca alla produzione della cianosi e cioè « *lo sviluppo anormale della rete vascolare cutanea, che permette un aumento quantitativo della massa circolante alla superficie del corpo* » ; e quest' idea, comechè difficile a confermare, non va dimenticata, molto più se consideriamo che venne emessa anche dal CANTANI.

Quest' illustre clinico, pensando che il movimento sanguigno dipende in tali casi da un solo ventricolo (per lo più dal destro ipertrofico) e che esiste perciò una certa lentezza di circolazione definiva tutto ciò un *altro motivo di accresciuta venosità e di facile dilatazione abituale delle reti capillari periferiche.*

Il FLEISCHL crede, che la propulsione del sangue prodotta dal ventricolo destro favorisca nelle condizioni normali la decarbonizzazione del sangue nei polmoni e che, nella stenosi della polmonale, diminuirebbe questa propulsione e con ciò anche la decarbonizzazione (LUZZATTO B. loc. cit. p. 238).

Noi, al pari di tutti gli autori che attribuiscono la massima importanza nella genesi della cianosi, alla miscela del sangue (CANTANI, MURRI, DE DOMINICIS, GATTI, GINTRAC, FRANK (1), HOPE (2), GUNZBURG (3), BAND e CURTILLET (4), SAMUEL (5),) non

---

da congenita anomalia di conformazione del cuore, cianotico fin dai primi anni, e che speriamo di illustrare quando le ricerche ci condurranno ad un probabile giudizio diagnostico, per ogni m.m.c. di sangue abbiamo trovato 6,360,000 globuli rossi.

(1-2-3) Citati del prof. DE DOMINICIS.

(4) BAND e CURTILLET.—Contribuzione allo studio della fisiologia patologica del morbo azzurro—Revue de Médecine N. 12, 1889—Riforma Medica, Anno VI, 1890, N. 28 pag. 168.

(5) SAMUEL. —Articolo Cianosi del Dizionario enciclopedico di Medicina e Chirurgia redatto dal prof. dott. A. Eulenburg. Vol. III, pag. 400 trad. italiana.

vogliamo escludere del tutto la stasi, solò le attribuiamo un valore secondario.

I sostenitori della stasi basano la propria opinione principalmente su una serie di note anatomiche, che hanno descritto delle comunicazioni anormali tra le due metà del cuore, senza che in vita si sia riscontrata cianosi. — Per noi veramente questi fatti hanno poco valore.

Le pressioni dei due ventricoli possono equilibrarsi talmente da non permettere che il sangue dalla cavità destra passi nell'opposta, oppure può passarne in così poca quantità da non poter produrre un' alterazione apprezzabile del colorito della pelle (1). La forma stessa dei ventricoli inoltre è tale che permette più facilmente l'uscita del sangue per le due grandi vie arteriose, anzichè per qualunque altra apertura (Gintrac (2), Meyer, Taruffi) ed anche nei casi di stenosi della polmonale, dobbiamo supporre che il primo impulso sistolico spinga il sangue contro quest' apertura, avvenendo secondariamente un rinculo ed una deviazione di quella quantità che, per l' angustia di quell'ostio, non può avviarsi ai polmoni.

Concludiamo dicendo che la *cianosi nei casi di cardiopatie congenite, è da attribuirsi, più che alla stasi, alla mescolanza del sangue venoso con l' arterioso ed all' insufficiente ematosi polmonale.*

Prognosi. — In quanto ad essa abbiamo poco da dire: certo una malattia intercorrente sarebbe di una eccezionale gravità per le condizioni del piccolo infermo. Può la stessa alterata conformazione del cuore, data una causa occasionale, svegliare un processo di flogosi nell'endocardio, come dobbiamo credere sia avvenuto durante l' infezione tifoidea sofferta nel maggio del 1892; può la stenosi della polmonale progredire e far arrestare istantaneamente la funzionalità del cuore. Può infine l' epoca della pubertà riuscire fatale o perchè, come molti ritengono, in quel periodo di massima attività, il corpo forma più sangue, per il quale il cuore non è sufficiente, o perchè, come crede il Cantani, lo sviluppo degli organi sessuali, consumando più sangue, disturbi la ipertrofia compensativa del cuore.

***

Il giorno *5 marzo*, avvisati di andare a visitare l' infermo che, in seguito ad una gita in campagna fu colto da febbre e da un leggero grado

(1) Gatti, Arnold ed Ecker fanno le medesime considerazioni per la comunicazione dei seni.

(2) Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques—Tomo X. Article Cyanose — Dalla Gazzetta degli Ospedali, 1883— dott. Lombardini — Sulla patogenesi della cianosi.

di anasarca, abbiamo trovato: un infiltramento edematoso diffuso a tutto il corpo: numerose macchie emorragiche sottocutanee sul tronco; dispnea; temperatura delle mani più elevata del solito. Il polso alle radiali rinforzato, 69 pulsazioni al 1°. Urto del cuore inapprezzabile con la palpazione. Soffio cardiaco meno aspro e meno forte del solito; i toni indeboliti. Secrezione urinaria di quantità normale.

9 marzo. L' infermo è completamente anasarcatico; la faccia molto rigonfia; le palpebre superiori tumefatte, mostrano una rete venosa molto sviluppata. Addome disteso (misura 77 cm. in corrispondenza dell'ombelico), ma più per infiltramento delle pareti che per spandimento nella cavità addominale, come si può constatare percuotendo nelle parti più declivi e facendo mutar posizione all' infermo. Le macchie emorragiche sottocutanee sono numerosissime sul torace, sull' addome, sulla faccia, sulle braccia. Lo scroto molto disteso. Temperatura 38°,5. Polso piccolo. Intermittenza cardiaca. Orina in quantità poco meno di un litro nelle 24 ore; contiene tracce di albumina. Ronchi sparsi su tutto il torace; frequenti colpi di tosse secca.

Si somministra la seguente pozione:

Prendi

Caffeina		
Benzoato di sodio *ana*	gram.	1
Acqua di melissa	»	100
Sciroppo delle cinque radici . .	»	30

Per epicrasi.

17 marzo. Tem. 39° polso duro. Anasarca ancor più spinto che nei giorni precedenti. Liquido libero nella cavità addominale. Molto edematosa la coscia destra; l' infermo decombe su quel lato.

25 marzo. La famiglia ci riferisce che fin dal giorno precedente si sono osservate anuria e frequenti scariche alvine. Nelle ore di sera sopravviene qualche accesso eclamptico. Si ripete la prescrizione precedente.

26 marzo. L'anasarca è di tal' alto grado da deformare l' aspetto del paziente e da non permettere l' apprezzamento delle pulsazioni delle radiali. Gli occhi stanno socchiusi permettendo solo la fuoruscita della congiuntiva fortemente chemotica. La tinta cianotica molto sbiadita. Al 1° si contano 40 atti respiratorii e sulle carotidi 160 pulsazioni. Il rumore cardiaco è molto indebolito. L'infermo rifiuta ogni alimentazione. La sera, cioè dopo 48 ore, ritorna l'urinazione ed in poche ore viene emessa poco meno di un litro di urina, fortemente albuminosa.

27 marzo. La faccia è meno rigonfia e torna ad apprezzarsi chiaramente il colorito cianotico. I toni del cuore rinforzati; il polso alle radiali apprezzabile. La febbre persiste.

29 marzo. L' anasarca è diminuito alla faccia, mentre si conserva in corrispondenza dagli arti inferiori e dell' addome. Temperatura di poco elevata. L' infermo è sonnolente.

2 aprile. Lo stesso grado di anasarca riscontrato nella visita precedente. Sete; appetito conservato, alvo regolare.—Un po' di meteorismo gastro-intestinale. — La palpazione dei bordi del fegato suscita dolore. — L'urto del cuore, colla palpazione si apprezza indebolito, ma molto esteso.—Il soffio si conserva indebolito.—Senso di dolore e di ambascia alla regione cardiaca.—Lievi epistassi nel giorno precedente.

6 aprile.—Le medesime condizioni generali—Urina in quantità normale, colorito scuro—sedimentosa—lieve bruciore in corrispondenza dell'orifizio uretrale, durante la minzione.

8 aprile.—Senza alcuna complicanza apprezzabile, anzi mentre l'infermo mangiava, avvenne la morte alle ore 7 1|2 del mattino.

Invitato l'egregio Direttore dell'Istituto d'Anatomia Patologica, prof. PETRONE a praticare l'autopsia, questa venne eseguita il giorno 9 aprile, alle ore 2 pomeridiane, ed il resultato di essa, come ci venne gentilmente comunicato dall'egregio professore, trascriviamo:

La sezione si fa 30 ore dopo la morte.

Cadavere di un ragazzo di otto anni e mezzo bene sviluppato, fortemente anasarcatico con colorito violaceo quasi pavonazzo principalmente ai prolabî, ai padiglioni delle orecchie ed alle estremità delle dita delle mani, massime nel letto ungueale, ciò che fa contrasto col colorito degli arti inferiori, nei quali prevalendo l'edema, manca la cianosi. Le estremità delle dita specialmente delle mani sono conformate a clava. Nutrizione abbastanza lodevole; addome rigonfio, ipostasi cadaverica diffusa a tutta la superficie posteriore del corpo; piccolissime macchie emorragiche puntiformi sparse su tutta la superficie del tronco, rigidità cadaverica, esistente soltanto negli arti inferiori.

Cranio.—Tipo mesocefalo ordinario.

Tagliando le parti molli e distaccando la volta del cranio vien fuori una gran quantità di sangue liquido per la forte iniezione dei vasi sanguigni. La dura madre anteriormente collabisce come nelle condizioni ordinarie: le sue facce esterna ed interna non presentano alcun fatto degno di nota.—Le vene cerebrali superiori e tutta la pia madre presentano forte iperemia da stasi. Il seno longitudinale superiore trovasi ripieno di una grande quantità di sangue liquido.

Base del cranio niente di notevole. Nella pia madre della base del cervello osservasi anche forte stasi venosa. Messo allo scoverto il centro ovale di Wieussens, oltre i cosidetti punti emorragici molto più appariscenti, osservasi un colorito roseo di tutta la sostanza grigia. Nei ventricoli laterali vi è una maggiore quantità di liquido sieroso trasparente. Nei plessi coroidei e nella tela coroidea vi è forte iperemia da stasi: i corpi striati ed i talami ottici per la stasi venosa in essi esistente appaiono di un colorito quasi roseo. Tutta la massa encefalica al taglio, meno la forte iperemia ed il colorito roseo della sostanza grigia, non mostra alcun fatto che sia degno di attenzione.

Anche nel midollo spinale prevalgono i fatti della stasi, difatti oltre il maggiore riempimento di tutti i vasi venosi si trova la farfalla di un colorito roseo che la rende molto più appariscente dell'ordinario.

Torace ed addome—Aperto l'addome, vengono fuori circa quattro litri di siero limpido, tinto in rosso per diffusione di ematina. Tutto il pacchetto intestinale ha un colorito rosso fosco per forte iniezione venosa e di tutto il campo capillare. Il fegato sporge più di tre dita trasverse sotto l'arco costale: i suoi bordi sono arrotonditi, la sua superficie finamente granulosa, il suo aspetto variegato.

Rimosso il pacchetto intestinale, si trova nelle parti più declivi della cavità addominale siero limpido, trasparente, rossastro senza depositi fibrinosi, nè essudati di altra natura. Tagliato il legamento rotondo del fegato, si vedono uscire dal centro poche gocce di sangue, le quali allontanate, ricompariscono premendo il legamento.

Nell'aprire il torace vi è forte edema non solo nel connettivo sottocu-

taneo, ma anche nelle masse muscolari. Asportato lo sterno colla doppia serie delle cartilagini costali, si nota enorme ingrandimento dell'aia cardiaca, la quale in alto arriva a livello dell'articolazione sterno-clavicolare sinistra, in basso sino alla settima costola in corrispondenza presso a poco della linea mammillare; a destra oltrepassa di più di un centimetro la linea parasternale destra ed a sinistra trovasi quasi in corrispondenza della linea ascellare anteriore. L'aia cardiaca riempie quasi tutta la parte sinistra del torace ed il cuore è addossato alla parete toracica anche tra le due linee ascellari anteriore e posteriore, in modo che del polmone sinistro si vede appena la sua porzione inferiore ed il margine antero-inferiore, il quale non arriva alla linea ascellare anteriore.

Nella cavità pleurica destra vi è circa mezzo litro di siero limpido leggermente tinto in rosso. Il polmone destro è anche diminuito di volume per l'aumento dell'aia cardiaca.

Aperto il pericardio, vi si è trovato dentro circa cento grammi di liquido pericardico trasparente, tinto anche questo in rosso, e si conferma l'enorme ingrandimento del cuore fatto principalmente a spese della sua metà destra. Il diametro trasverso del muscolo cardiaco preso a livello del solco coronario misura dodici centimetri e mezzo, il longitudinale preso dalla punta alla base tredici centimetri.

Asportando tutti gli organi contenuti nella cavità toracica insieme agli organi profondi del collo, si nota forte stasi venosa nelle vene giugulari e nelle succlavie. I polmoni, regolarmente pel numero dei lobi, sono in generale atelectasici massime nei loro lobi inferiori specialmente a sinistra.

Aperta l'arteria polmonale, si trova ripiena di grumi sanguigni recenti. Tolti questi grumi e fatto con accuratezza l' esperimento con acqua per vedere se il dotto arterioso del Botallo fosse ancora pervio, si constata che l'acqua non passa affatto nell'aorta. Continuata l'apertura dell'arteria polmonale in tutta la sua lunghezza, si osserva la completa fusione delle valvole sigmoidee producente forte stenosi del cono della polmonale. Le valvole fuse lasciano un piccolo foro in mezzo, contornato da escrescenze granulomatose a forma di condilomi sessili; questo foro permette appena il passaggio di uno specillo.

Aperto il ventricolo destro, si nota forte ipertrofia di tutta la sua parete e delle colonne carnose. La spessezza massima della parete del detto ventricolo, presa nella sua parete anteriore e nella sua metà verso la base, è poco più di un centimetro.

L'arteria polmonale lungo il suo decorso mostrasi un poco più stretta del normale, però i suoi rami hanno press' a poco la grandezza ordinaria. Si conferma inoltre l' assoluta occlusione del dotto arterioso del Botallo.

Aperto il seno destro trovasi fortemente dilatato e ripieno di grumi fibrinosi recenti; le sue pareti sono ipertrofizzate ed in alcuni punti lo spessore di esse arriva a cinque millimetri. Volendo entrare dal seno destro nel ventricolo sottostante, si nota che appena la punta dell' indice può affacciarsi nella cavità del ventricolo senza poter passare, e ciò per stenosi di alto grado dell'orifizio atrio-ventricolare destro, dipendente dalla fusione dei tre veli valvolari della tricuspide, fusione che ha formato un piccolo foro contornato da escrescenze connettivali simili a quelle osservate nell'orifizio dell'arteria polmonale.

Osservato il setto interauricolare, si riscontra la mancanza di

chiusura del forame ovale di Botallo, il quale è rimasto aperto per più della metà ed è anche dilatato essendo il cuore ipertrofico.

Aperto il ventricolo sinistro, si trova dilatato e ripieno di grumi fibrinosi recenti. Le pareti di questo ventricolo sono sottili relativamente a quelle del ventricolo destro ed in alcuni punti raggiungono una spessezza massima di dodici millimetri: i muscoli papillari sono di grandezza ordinaria.

Il seno sinistro è molto più piccolo del destro, contiene grumi sanguigni recenti e fa vedere l'apertura del foro ovale di Botallo. Le pareti di questo seno misurano cinque millimetri e mezzo in molti punti ed otto millimetri vicino al setto.

L'ostio atrio-ventricolare sinistro è un poco dilatato tanto che attraverso ad esso passano con facilità l'indice ed il medio della mano destra

L'arteria aorta all'esterno non mostra alcun fatto che fermi la nostra attenzione. Aperta quest'arteria in parte e fatta la prova dell'acqua per vedere lo stato dell'ostio aortico, si nota una leggiera insufficienza delle semilunari aortiche, valvole che sono fuse in parte tra di loro e contornate da escrescenze connettivali simili a quelle descritte sulle valvole dell'arteria pulmonale. L'arteria aorta e tutti i suoi rami non mostrano alcuna lesione degna di nota.

Il fegato è ingrandito di volume ed ha aspetto variegato. La cistifellea contiene pochissima quantità di bile attenuata e mucosa. Il legamento terete è pervio in gran parte della sua lunghezza. La superficie del taglio del parenchima epatico fa vedere le note caratteristiche del fegato nocemoscato, però ancora alla fase ipertrofica.

La milza, di grandezza quasi normale, è dura, ha la superficie liscia e la capsula tesa. Al taglio mostrasi più bruna dell'ordinario (di un colorito indaco bruno); la polpa splenica è ben rattenuta e non fuoriesce alla pressione.

Il rene destro è mancante ed al suo posto trovasi un cumulo di piccole cisti contenenti un liquido torbido.

Il rene sinistro è ingrandito del doppio, ha la sua superficie perfettamente liscia; al taglio sembra iniettato e mostra i caratteri dell'induramento bruno senza altre lesioni apprezzabili.

Le capsule surrenali non mostrano alterazioni degne di nota. Lo stomaco e gli intestini presentano le note di forte stasi e di leggero catarro cronico.

Vescica, prostrata, uretra e testicoli normali.

Diagnosi anatomica.—Anomalia congenita del cuore annunziantesi principalmente come fusione dei veli valvolari principalmente dell'arteria pol-

monale, poi della tricuspide, che presentano stenosi di alto grado. Notevole ipertrofia del cuore, specialmente del ventricolo destro. Forame ovale del Botallo in parte pervio e dilatato. Escrescenze condilomatose sui bordi valvolari. Rene destro mancante, sostituito da un cumulo di cisti. Ipertrofia compensativa ed induramento bruno del rene sinistro. Induramento bruno con ingrandimento del fegato sotto la forma del fegato nocemoscato. Induramento bruno con atelectasia del polmone. Induramento bruno della milza. Forte stasi venosa del cervello e di tutto l'organismo.

Esame istologico.—All'esame istologico delle escrescenze delle sigmoidee pulmonali si trova un infiltramento flogistico acuto sotto forma di essudato fibrinoso con prevalenza di elementi cellulari in alcuni punti e con trovato batterico di cocchi ottenuti col metodo di colorazione del Gram dell'apparenza di diplococchi che si possono apprezzare non solo nell'essudato ma anche nelle lacune connettivali, per cui si giudica quell'apparenza come la manifestazione di una endocardite acuta, e si giudica lo stesso processo nel minimo foro lasciato dalla fusione delle sigmoidee pulmonali.—Tutto ciò ci fa conchiudere che l'individuo, esposto a cause reumatizzanti, ha sofferto l' infezione diplococchica che si è localizzata sull' endocardio e specialmente nei siti delle anomalie congenite (*locus minoris resistentiae*), e che questa infezione da una parte, con l'aumento delle stenosi delle due grandi arterie dall' altra, ha cagionato la morte dell' individuo.

(*continua*).

RR. Spedali Riuniti di S. Chiara in Pisa
(Sezione infantile e Brefotrofio) (*).

CONTRIBUTO ALL'AZIONE TERAPEUTICA DELL'IDROCLORATO DI FENOCOLLA NEI BAMBINI

pel Dott. E. MODIGLIANO Medico Aggiunto.

L'idroclorato di fenocolla, solo da circa 3 anni introdotto in medicina, per ora è stato usato quasi esclusivamente negli adulti; e delle varie applicazioni che potrebbero farsene più che altro è stata studiata la sua azione antimalarica, che lo renderebbe un buon succedaneo del chinino, specialmente per i casi nei quali questo non corrisponde.

Io ho voluto invece studiare l' applicazione di questo nuovo farmaco esclusivamente nei bambini, compresi i lattanti; e, fra le varie indicazioni cui potrebbe soddisfare, ho scelto quelle di

(*) Sento il dovere innanzitutto di porgere i più sentiti ringraziamenti all' Ill.mo Sig. Dott. S. Federighi Soprintendente sanitario dei RR. Spedali di Pisa, all'On. G. Morelli presidente del Consiglio di amministrazione ed a tutti gli Ecc.mi membri di detto Consiglio per avermi affidato, anche dietro mia istanza, la direzione sanitaria di due sezioni così importanti dei RR. Spedali di Pisa, sul cui materiale ho potuto fare queste ed altre ricerche.

cui meno si sono occupati gli altri; e lasciata quindi da parte la malaria, su cui ormai uno stuolo numeroso di esperimentatori ha dato già il suo parere, ho voluto tentare invece qualche nuova applicazione, suggeritami dall'analogia che corre per la composizione chimica fra questo medicamento ed altri già esperimentati su larga scala.

Esporrò prima in breve ciò che è stato scritto sull'argomento, poi dirò due parole sul modo di somministrazione, sulle dosi, sul grado di tolleranza nelle diverse età e sull'eliminazione della fenocolla per le orine; ed in ultimo riassumerò i 33 casi clinici, nei quali l'ho usata ed i relativi resultati, per poterne trarre poi qualche pratica conclusione.

*
* *

La fenocolla trovata da W. Mayert per sintesi, fu fabbricata per la prima volta dalla Chem. Fabrik auf Actien vorm. E. Schering di Berlino, e prima di ogni altro il Kobert e poi il von Mering ne provarono l'assoluta innocuità sugli animali, dimostrando come essa non alteri affatto la crasi sanguigna. Provata tale innocuità il v. Mering l'usò nel tifo e nella polmonite, concludendo che poteva considerarsi come un antipiretico sicuro, il quale non dava nè cianosi, nè collasso.

Lo Schmidt (1) dopo aver riferito queste poche notizie si occupa della parte chimica dell'argomento, accennando alla sua composizione, alle sostanze da cui deriva ed ai suoi diversi sali.

L'Hertel (2), che ha usato sull'uomo la fenocolla, ne riporta pel primo i risultati con un certo dettaglio. A lui giovò in tutti i casi, tanto come antipiretico in 4 tisici, quanto come antireumatico in 4 malati di affezioni reumatiche. Non dette mai disturbi, non produsse mai alcuna alterazione sui reni. Solo colle alte dosi, l'orina si fece bruno-scura. Con l'aggiunta di qualche goccia di percloruro di ferro questa diviene secondo l'Hertel anche più scura; e se allora ci si aggiunge dell'acido solforico concentrato schiarisce un pò ed assume contro luce una tinta verdastra.

L'Herzog (3) poco dopo l'Hertel ha trovato utile la fenocolla come antifebbrile, antinevralgica ed antireumatica in 17 malati di diverse malattie (tifo, pleurite, polmonite, ascesso epatico, colelitiasi con febbre, erisipela, reumatismo articolare cronico, ischiade, cefalalgia da otite media, algie in un'isterica). L'ha data anche per iniezioni ipodermiche alla dose di gr. 0,50 per iniezione. Non ha mai avuto disturbi anche con 5 gr. al giorno per bocca. Solo in un tisico grave ebbe lieve dispnea, con cianosi e debolezza cardiaca. Tali disturbi però scomparvero subi-

to. Non dette mai albumina nell'urina; ebbe solo poche volte la reazione di HERTEL. Alcune volte trovò nell'urina l'indicano; mai l'urobilina.

Il COHNHEIM (4) in 5 casi di febbre alta per tifo e tisi lo trovò utile; solo dette sudori profusi, mai esantemi: in 10 casi di nevralgie varie pure giovò; in 3 casi di forme reumatiche dette resultati soddisfacenti: come antiasmatico in 5 casi non ha giovato affatto.

L'ALBERTONI (5), mettendo a profitto i casi clinici di medici esercenti in luoghi di malaria, ha potuto raccogliere 34 casi di febbre malarica contro la quale fu usata la fenocolla. Di questi, 24 guarirono, 5 non risentirono alcun vantaggio ed in 5 il resultato fu incerto. Parecchi di tali casi erano stati ribelli al chinino e ad altre cure. Dei 34 casi 9 erano bambini dai 3 ai 12 anni, ai quali, dice l'A., è facile a somministrarsi la fenocolla.

L'OTT (6) con esperienze sugli animali ha dimostrato che la fenocolla è inferiore alla fenacetina come antipiretico, ma renderà, soggiunge egli, grandi servigi nella cura delle nevralgie, della gotta e del reumatismo.

L'EICHHORST (7) ha trovato utile la fenocolla come antipiretico; solo notò che al rientrare della febbre i malati traspirano molto ed alcuni hanno anche dei brividi. Come antireumatico lo trovò meno efficace del salicilato di soda. Come antinevralgico assolutamente senza azione.

Il BUM (8) usando la fenocolla su varii casi di malattie febbrili ha trovato che è utile nella tubercolosi polmonare e nella pleurite tubercolare: ha un' azione meno pronunziata nell' erisipela: non ha giovato affatto in 2 casi di affezione reumatica: è stata senza azione come antinevralgico nella sciatica e nei dolori della mielite cronica, mentre poi ha giovato invece nell'emicrania. Nell'orina ha trovato la reazione dell'HERTEL.

Il MOSSO U. e FAGGIOLI (9) hanno studiato sperimentalmente l'azione fisiologica della fenocolla. Essi hanno dimostrato che sui microrganismi agisce come veleno protoplasmatico, ma a parità di dose è meno attiva della chinina; ad eccezione però di certi microrganismi, sui quali agisce a tenui dosi, mentre su loro la chinina è inefficace. Ne hanno studiata l' azione su diversi fermenti e sul sangue, del quale altera i corpuscoli rossi ed agisce poco sui bianchi, a differenza della chinina che paralizza i bianchi e lascia intatti i rossi. Per rendere completo il loro studio hanno ricercato l'azione di un tale medicamento sull' emoglobina, sul cuore, sul polso, sul respiro, sui vasi sanguigni, sui muscoli, sul sistema nervoso centrale e sul ricambio materiale. Quanto all' eliminazione hanno notato che dopo 20 minuti dall'ingestione del medicamento

esso compare già nell' orina e dopo 5 ore ne è del tutto eliminato. L' abbassamento della temperatura avverrebbe per la diminuzione dell'urea, dell'azoto totale e delle sostanze solide nell'orina: sarebbe però un abbassamento molto transitorio.

Il Crescimanno (10) in tre casi di malaria trovò che la fenocolla era efficace anche quando il chinino non aveva giovato affatto.

Il Koeniger (11) su 15 febbricitanti (tifo, tisi, polmonite ed erisipela) lo trovò sempre utile: solo in pochi casi dette lievi disturbi. Su 9 malati di forme reumatiche talora lo trovò pure efficace, però non sempre. Su 6 casi di nevralgie invece non se ne trovò bene: solo nelle nevralgie *a frigore* dette qualche vantaggio. Nei sani secondo il Koeniger aumenta l'eliminazione di azoto per l'orina, e non ha alcuna azione sul polso.

Il Balzer (12) ha confermato l'azione antifebbrile, antireumatica ed antinevralgica ed inoltre ha constatato che nei sani non ha alcuna azione sul polso, mentre poi aumenta molto l'eliminazione di azoto per l'orina.

Il Dott. Ancona (13) su trenta malarici, fra i quali 9 bambini d'età varia da 22 mesi a 13 anni, ha usato la fenocolla ed in complesso se ne è trovato bene, anche quando il chinino non aveva giovato. Il medicamento è stato sempre ben tollerato ed i pochi fenomeni d'intolleranza l'ha avuti in pochi adulti, ed in nessuno dei bambini. Talora in questi ha usato, senza alcun inconveniente, anche dosi un po'alte in proporzione all'età.

Su 10 casi di malaria curati colla fenocolla il Dott. Matarazzo (14) ha avuto 9 guarigioni.

Il Dott. Vincenzi (15) riporta un caso grave e ribelle di malaria guarito con soli 3 grammi di fenocolla; ed in un altro lavoro riporta 5 casi di malaria guariti pure collo stesso medicamento.

Raimondi e Ciullini (16) studiando l'azione della fenocolla sui sani e sui malati hanno trovato che mentre non abbassa la temperatura negli apiretici, l'abbassa considerevolmente nei febbricitanti. Usatala poi in due casi di malaria a forma erratica non ebbero che un'azione ipotermizzante, ma si spiegano questa specie d' insuccesso colla forma speciale di febbre su cui l' hanno usata.

Il Polettini (17) in 100 casi di malaria ebbe colla fenocolla 48 guarigioni, 15 insuccessi e 27 esiti incerti. Tra i guariti ci sono tutti i casi di quotidiana curati in tal modo, 25 terzane (di 63 che furono trattate colla fenocolla) ed una sola quartana. Ciò farebbe già prevedere che l' azione della fenocolla fosse diversa sui varii parassiti malarici.

Il Tripold (18) pel primo si è occupato dell'azione della fenocolla nei bambini. Esso l' ha studiata contro la febbre e contro

la pertosse. Come antipiretico in alcuni casi di tubercolosi, polmonite e tifo nei quali usò da 1|2 a 2 gr. al giorno di fenocolla ebbe talora il quadro del più grave collasso e quindi sconsiglia di usarlo come antipiretico nei bambini. Contro la pertosse lo dette a 50 bambini di età varia da 6 settimane a 9 anni. La dose fu da gr. 0,25 a 1,60 al dì. Fece contemporaneamente ricerche di confronto con antipirina, fenacetina, dec. di altea con acqua di mandorle amare, dec. di altea con codeina, bromoforme, chinino, liquore anisato d'ammonio. Ebbene da una tabella dei resultati che egli riporta si deduce che colla fenocolla ebbe di 50 casi 1 guarigione e 17 miglioramenti; con ciascuno degli altri mezzi nessuna guarigione ed un numero minore di miglioramenti. Egli quindi conclude che nemmeno la fenocolla è un mezzo sicuro per la cura della pertosse, ma pure merita di essere tentata prima degli altri mezzi, tanto più che non ha dato nessuno sconcerto. Nei febbricitanti non ebbe la reazione di Hertel nell'orina; nei malati di pertosse si.

Il Cervello (19) ha usato la fenocolla in molti casi di malaria. In alcuni ha avuto un buon resultato in altri no. Pure dall'esame accurato delle sue ricerche conclude che è un buon mezzo antimalarico, il quale pel suo rapido assorbimento e per l'energico potere antitermico in casi di perniciosa può giovare molto, scongiurando l'imminente pericolo. Occorrerebbe sapere se agisce sui plasmodi, conclude il Cervello, ma su ciò si attende l'autorevole parere del Golgi pregato di far ciò dall'Albertoni.

Il De Angelis Mangano (20) sopra 11 casi di malaria ha dimostrato che la fenocolla non ha azione sulle *Laverantae Malariae* (corpi semilunari), che anzi aumentarono durante il suo uso. Se si considera però che per alcuni, e non sono pochi, i corpi semilunari sono forme morte di parassiti malarici , questo fatto apparentemente negativo, potrebbe stare anzi in favore dell'azione benefica della fenocolla sulla malaria. L'A. mette anche in dubbio l'azione di questo medicamento sui parassiti della terzana e della quartana, ma non conclude nulla in proposito perchè ha esperimentato su pochi casi.

Il Dell'Olio (21) in 8 casi di malaria trattati con la fenocolla ebbe sempre la guarigione, e fra questi vi era un caso che era stato assolutamente ribelle alla chinina. Con qualche considerazione sui suoi e sugli altrui casi conclude che la fenocolla è un buon rimedio antimalarico, da tenersi in molta considerazione.

Il Dott. Vincenzi (22) ribatte le conclusioni del De Angelis Mangano circa l'azione della fenocolla sui parassiti malarici.

Il De Angelis Mangano (23) risponde al Vincenzi sostenendo il suo primo asserto.

Il Beck (24) raccomanda l'idrocl. di fenocolla in polvere, in soluzione acquosa 5 0[0 e alcoolica 10 0[0 nella cura delle ferite e lo dice più efficace dell'jodoforme e di altri antisettici.

Il Cucco (25) si è trovato bene della fenocolla nella malaria. Ha trovato che 12 ore dopo la sua somministrazione è tutta eliminata dall'organismo. In 84 casi di malaria curati con la fenocolla ha avuto 52 guarigioni, 22 casi dubbii, 7 insuccessi. In alcuni casi in cui la chinina aveva dato fenomeni d'intossicazione senza far cessare la febbre, la fenocolla ha dato la guarigione. Dove fenocolla e chinino avevano fallito l'A. si è trovato bene somministrando i due medicamenti associati. Lo ritiene un buon succedaneo del chinino.

Il Bonetti (26) l'ha usato come antimalarico in 42 casi e ne ha avuto in complesso buoni resultati.

Il Micheli (27) con ricerche cliniche e sperimentali giunge alla conclusione che la fenocolla come antimalarico è inferiore alla chinina, di cui non può dirsi un succedaneo, ma piuttosto un farmaco ad azione compensatrice; che ha un'azione elettiva sulla milza malarica specialmente se iniettata direttamente nel parenchima splenico ; che durante la cura colla fenocolla si ha reintegrazione notevole e pronta della crasi sanguigna e che infine la fenocolla ha azione parassiticida sulla *Laverania malariae*, ma questa azione si esplica in modo del tutto indiretto.

Il Germani (28) da 10 osservazioni di malarici, ai quali ha dato la fenocolla conclude invece che non è un rimedio antimalarico; e per far ciò o mette in dubbio l'esattezza della diagnosi in molti dei casi citati da altri e che secondo loro sarebbero guariti colla fenocolla, o se li spiega ammettendo una guarigione spontanea, che abbia coinciso coll'uso di un tale medicamento.

***

Sebbene di sapore cattivissimo, il cloridrato di fenocolla, sciolto in poca acqua bene addolcita e aromatizzata, perde affatto il suo sapore speciale e non è per nulla avvertito, tantochè può somministrarsi facilmente anche ai bambini.

Per la dose, nei bambini al di sotto di un anno ho sempre cominciato da mezzo grammo in due o tre volte nel giorno, e non ho mai oltrepassato 1 gr. in 3 o 4 volte. Nei bambini al di sopra di un anno comincio invece con 1 gr. al dì nelle 24 ore, diviso in 3 o 4 prese, ed aumento più o meno presto a seconda dell'età e del resultato, non oltrepassando mai i 2 o 3 gr. al giorno, divisi in 4 parti almeno. Non ho mai sentito il bisogno di oltrepassare i 3 gr., e solo raramente li ho raggiunti.

Nei miei casi posso dire che l'idroclorato di fenocolla è stato benissimo tollerato anche in bambini di pochi mesi. Solo raramente è stato vomitato e talora, anche tornando a darlo una seconda volta nel medesimo bambino che l'aveva vomitato poche ore prima, è stato tollerato benissimo. Qualche rara volta pare abbia provocato lieve diarrea, ma sempre là dove le condizioni della malattia o la salute poco buona del bambino rendevano facilissima tale manifestazione anche per lievi cause. Altre volte, ma sempre molto raramente, ha dato lieve eritema alla pelle con un poco d'irrequietezza e di dispnea, infine, in grado molto più lieve, quel quadro ch'io ho già descritto in un caso d'intolleranza per la fenocolla (1). Quanto alla rapidità d'assorbimento ed alla sua eliminazione per le urine ecco quanto ho potuto stabilire.

Premetto che se ad un chimico si parla della reazione che avviene in un'orina, così come è, senza previa distillazione, per l'aggiunta di qualche goccia di una soluzione di percloruro di ferro ci si sente subito dire con ragione che tale reazione non ha alcun valore determinato, giacchè sono moltissime le sostanze che possono far parte di un'orina normale o patologica e che danno una tale reazione. È un fatto però che in tutti i casi nei quali l'organismo si è saturato di fenolo o di un derivato del fenolo, tale reazione nell'orina si ha molto più facilmente; e quel che si è detto pei fenoli può ripetersi per la fenocolla. Ora io per quante prove abbia fatto e per quanto abbia cercato di trovare qualche altra reazione che mi rivelasse la comparsa della fenocolla (sotto qualunque forma essa sia per comparirvi) nell'orina, pure non mi è stato possibile di trovare alcun reattivo che fosse più sensibile del percloruro di ferro; e lo stesso ipobromito di soda, da altri preconizzato come più sensibile del sale ferrico, a me è sembrato nel maggior numero dei casi ugualmente sensibile ed in qualche altro caso meno sensibile dell'altro. Dovendo quindi inevitabilmente adattarmi ad una reazione così fallace, ho voluto circondarmi di tutte le cautele necessarie per eliminare ogni causa di equivoco e di errore; ed ho quasi in tutti i casi fatta anche la prova dell'ipobromito di soda che è certo più scevra di errori di quella col percloruro. Per vedere se dopo un dato tempo dalla somministrazione del medicamento si aveva l'eliminazione di questo dall'orina io operavo così. Facevo emettere al bambino l'orina o l'estraevo col catetere e la lasciavo lì per l'esame di controllo, poi davo immediatamente io stesso il medicamento al bambino ed attendevo in presenza del bambino

(1) Rivista Gen. Ital. di Clin. Med. N.° 14-16, 1892.

15 o 20 o più minuti, dopo i quali richiedevo di nuovo al bambino di emettere quella poca orina che avesse in vescica o l'estraevo io stesso col catetere, ottenendone il più delle volte pochi c. c. Prendevo allora 3 o 4 c. c. della prima orina in una provetta ed in un'altra mettevo la stessa quantità della 2ª orina ed aggiungevo in ciascuna provetta lo stesso numero di gocce di una stessa soluzione di percloruro di ferro. Ebbene il più delle volte, potrei dire quasi tutte le volte, l'orina prima emessa non dava alcuna reazione e solo cambiava leggermente di colore per l'aggiunta del percloruro, e l'orina emessa dopo il medicamento assumeva subito un colore bruno intenso quasi affatto nero come inchiostro ed agitandola si aveva nella schiuma o un color viola o un rosso arancio intenso. Dinanzi a una differenza così spiccata che saltava agli occhi anche dei profani, io ho creduto di poter concludere che il medicamento somministrato 15 - 20 o più minuti avanti aveva influenzata in qualche modo l'orina, tanto da farla reagire diversamente del consueto. E si noti che nei giorni in cui facevano la cura colla fenocolla i bambini non prendevano assolutamente, salvo casi eccezionalissimi, altri medicamenti e tenevano una dieta semplice e rigorosa di latte brodo e uova, e talora qualche po' di pastina nel brodo o di pane e caffè nel latte o di vino dopo il brodo.

Con questo metodo ho potuto riscontrare che l'assorbimento e l'eliminazione della fenocolla per l'orina sono rapidissimi e tanto più rapidi quanto più piccolo è il bambino a cui si somministra.

Così p. es. in un bambino di 16 mesi con 1|4 di gr. di fenocolla dopo 15 minuti si aveva nell'orina spiccatissima la reazione dei fenoli. In una bambina di 9 anni invece con 1|2 gr. di fenocolla dopo 1|2 ora tale reazione non era ancora comparsa nell'orina. Però nel maggior numero dei bambini con 1|3 di gr. o 1|2 gr. di idroclorato di fenocolla si ha spiccata la stessa reazione dopo 1|2 ora dalla sua somministrazione.

Ho studiato anche il tempo durante il quale il medicamento continua ad eliminarsi per l'orina e quindi la durata dell'azione di un tale medicamento ed ho trovato che tale periodo è spesso breve e tanto più breve nei bambini più piccoli che nei più grandi. Così esaminando di ora in ora, o di 2 ore in 2 ore l'orina dei bambini che avevano preso 1|3 di gr. o 1|2 gr. di fenocolla ho trovato che dopo 10-14 ore non si ha mai più tracce di tale reazione nell'orina. Questo periodo di tempo però non è costante ed è influenzato da ciò che avviene nell'organismo di quei bambini in quel periodo di tempo. Così p. es. se si tengono in letto e digiuni l'eliminazione cessa più tardi; se si fanno alzare e si dà loro da mangiare e da bere cessa più presto. Talora si

sono avute poi differenze individuali, forse anche dipendenti dal diverso stato morboso: in ogni modo, tenendo conto della media si può calcolare che in ogni caso dopo 8-14 ore il medicamento è certo tutto eliminato. E ciò mi ha servito assai per insistere col medicamento stesso nei casi, in cui credevo necessario non lasciarne mai libero l'organismo durante la cura, ed inoltre per evitare l'accumulo di due dosi nei malati in cui si poteva temere qualche lieve fatto d'intolleranza.

***

Passando a riassumere i 33 casi clinici li dividerò in 3 gruppi a seconda dell'affezione nella quale ho creduto di usarla.

Contro la *corea* fino ad ora nessuno ha usato la fenocolla. Si sono usate però l'esalgina, l'antipirina, la fenacetina e quindi anche sostanze simili per la composizione chimica alla stessa fenocolla.

Io mi sono indotto a tentarla in un bambino gravissimo, nel quale tutte le altre cure avevano completamente fallito e che era malato da circa 7 mesi, senza che si avesse alcun indizio di miglioramento. Trattavasi di un bambino di 7 anni, con fenomeni coreici gravissimi, grave disturbo della loquela e paraplegia quasi completa. Se sorretto tentava di camminare era perfettamente atassico; la forza muscolare notevolmente diminuita; alcuni gruppi muscolari e alcuni nervi dolenti al pigiamento; sensibilità tutte integre; riflessi cutanei e tendinei normali, solo i rotulei e più il destro del sinistro prima fortemente esagerati, poi aboliti, in ultimo di nuovo normali; nessun indizio di reazione degenerativa; in un certo periodo del male paralisi del retto e della vescica, che poi si sono dileguate. L'andamento della malattia specialmente per un momento, in cui pareva potesse aversi l'esito letale, lasciò un po' incerta la diagnosi; ma per eliminazione si dovè concludere per una corea grave e l'esito in guarigione confermò questo concetto. Nei tre mesi e mezzo che il bambino stette all'Ospedale fu tentato tutto ciò che è stato proposto contro la corea, ma senza alcun vantaggio. Finalmente avanti di rimandare a casa il bambino nelle stesse condizioni volli tentare la fenocolla e con mia sorpresa fino dai primi due o tre giorni si ebbe già un sensibile miglioramento; in 15 o 20 giorni la guarigione completa. Non istarò a discutere se sia stato realmente effetto del farmaco od una coincidenza qualunque fra la guarigione spontanea e quel nuovo metodo di cura; nè tengo per nulla a che si ammetta come più probabile l'una o l'altra ipotesi; fatto sta ch'io mi sentii autorizzato ed incoraggiato ad usarla in altri casi dello stesso male e ne ebbi buonissimi effetti.

Di altri 6 coreici curati colla fenocolla 5 guarirono in 8-12 giorni ed uno invece nè guarì, nè migliorò affatto. Alcuni di questi sei casi clinici furono più gravi con impossibilità di camminare senza sostegno e di compiere qualsiasi atto coordinato, altri più lievi, ma sempre con fenomeni ben spiccati; in alcuni il disordine motorio era prevalente da un lato, in altri uguale dai due lati. Quasi tutti i malati furono prima tenuti qualche giorno in osservazione per vedere se colla buona igiene il male migliorava: veduta la costanza nel grado della sintomatologia si cominciò la cura colla fenocolla. In tutti i casi in cui si ebbe la guarigione cominciò a notarsi un miglioramento sensibile fino dal 3° o dal 4° giorno; nessuno dei coreici ebbe fenomeni d'intolleranza; in tutti bastò come massima la dose di gr. 1 1|2 in 3 prese nelle 24 ore.

*
* *

L' altra affezione contro la quale tentai l' uso della fenocolla sebbene non conoscessi ancora il lavoro del Tripold, l'unico che abbia tentato questa applicazione prima di me, è la *pertosse*. Il primo caso mi capitò alla sezione infantile in un bambino di 18 mesi, affetto anche da cifosi dorsale per morbo di Pott. Ebbi agio io stesso di presenziare un accesso di tosse e potei constatare che era dei più caratteristici e dei più gravi. Mi ero già proposto di tentare questa applicazione e profittai volentieri di un caso capitatomi nella mia sezione. Colla fenocolla in 10 giorni di cura questo bambino era perfettamente guarito. Di questo caso soltanto per dimostrare il modo con cui ha agito il medicamento riporterò il numero degli accessi di pertosse e la dose di fenocolla somministrata in ciascuno dei 19 giorni che ebbi in cura il bambino. Gli accessi registrati sono soltanto i gravissimi; degli accessi più lievi e poco caratteristici non se ne tenne conto altro che negli ultimi giorni, in cui non aveva più accessi gravi.

		accessi					accessi	
1°	giorno	8	senza cura		11°	giorno	1	1 gr. fenoc.
2°	»	9	» »		12°	»	2	» »
3°	»	4	0,70 gr. fenoc.		13°	»	0	» »
4°	»	6	» »		14°	»	0	0,70 gr.
5°	»	4	» »		15°	»	0	» »
6°	»	4	» »		16°	»	0	» »
7°	»	2	» »		17°	»	0	» »
8°	»	3	» »		18°	»	0	» »
9°	»	2	» »		19°	»	0	» »
10°	»	3	» »					

Dopo questo primo successo ho provato in 12 altri casi di pertosse la fenocolla. Questi casi li ho scelti fra quelli capitatimi nella clientela privata, tenendo conto che si trattasse di casi, sempre caratteristici ed appartenenti a famiglie di persone intelligenti e molto affettuose, tantochè potessero rendermi esatto conto dei resultati. Dei 13 casi così trattati alcuni erano gravissimi, tantochè si aveva un accesso ogni 5-10 minuti, specialmente nella notte. Altri meno gravi, ma sempre con un discreto numero di accessi nelle 24 ore. Quanto al periodo del male in cui fu cominciata la cura in alcuni dopo 20-30 e più giorni dal principio del male, quando già inutilmente erano state tentate altre cure, in altri dopo 7 o 8 giorni non appena l'accesso diveniva caratteristico e senza prima tentare altra cura. In alcuni dei 13 casi vi era anche in complicanza un certo grado di catarro bronchiale diffuso. Per l'età alcuni erano piccolissimi (13-14-18 mesi), altri grandicelli (dai 4 ai 7 anni). La dose fu lieve nei primi 2 o 3 giorni, anche per saggiare la tolleranza individuale, poi subito un pò alta, 1 1[2 o 2 gr. al dì, a seconda dell'età; avanti però di sospenderla anche se i bambini non tossivano più, si davano per qualche giorno le piccole dosi usate da principio. Al 3° o 4° giorno al più tardi si ebbe sempre un sensibile miglioramento: all'8° o 10° giorno si ebbe spesso la guarigione completa. Anche avanti di diminuire per numero e per intensità gli accessi di pertosse i bambini dopo 1-2 giorni dalla cura sono meno abbattuti o più vivaci, mangiano più, vomitano meno, infine stanno meglio nello stato generale: questa è una buona condizione per fidare in un buon resultato definitivo della cura. Solo in pochi casi di pertosse ho avuto qualche lieve fatto d'intolleranza, che mi ha consigliato a moderarmi nelle dosi o a sospenderla affatto.

Dei 13 casi di pertosse curati in tal modo su 10 ho avuto la completa guarigione; in 1 un lieve miglioramento, su 2 nessun resultato.

* * *

Ho tentato anche l'azione antipiretica della fenocolla in 13 casi di *malattie febbrili* dei bambini. Qui è stata sempre usata per combattere un sintoma e quindi non può parlarsi di guarigione, nè di insuccesso: quel che può asserirsi subito si è che meno in due casi, negli altri 11 si è ottenuto in modo più o meno rapido e più o meno completo il resultato che ci siamo proposti. Voglio avvertire innanzi tutto ch'io non ho tentato di abbassare la febbre o di prevenirla se a tipo intermittente, altro che in quei casi nei quali s'imponevano, per la loro gravezza, i disturbi manifestamente prodotti dall'alta temperatura o per lo meno che l'accompa-

gnavano. Il solo fatto di una temperatura molto alta se non era accompagnata da gravi fenomeni subiettivi od obiettivi chiaramente collegati con essa non mi ha mai consigliato ad usare la fenocolla o altro mezzo per abbassare la temperatura. Per queste ragioni i casi di malattie febbrili, nei quali ho usato la fenocolla, non sono che pochi. Le affezioni durante le quali mi sono valso dell'azione antipiretica di un tale medicamento sono le seguenti: bronco - polmonite, polmonite fibrinosa, tubercolosi polmonare, gastroenterite acuta, tabe meseraica, adeniti cervicali tubercolari, febbre tifoide e laringite post-tifica. In quasi tutti questi casi anche quando la febbre aveva una vera e propria intermittenza la fenocolla ha giovato più, somministrata appena la febbre cominciava per troncarla al suo esordire e prevenirne la esacerbazione, anzichè data come si suol fare nella malaria 5 ore prima dell' ingruenza febbrile. Contro le alte temperature, di circa 40° per esempio, ha dato quasi sempre e rapidamente, anche con dosi minime, un abbassamento assai considerevole, spesso anche di 2° e più. I bambini di pochi mesi con febbre alta l'hanno bene tollerata e ne hanno risentito il vantaggio quasi come i bambini grandicelli; nei più piccoli anzi l' azione benefica è stata più rapida. La febbre fatta abbassare colla fenocolla, dopo poche ore dal suo abbassamento ricomincia in generale a salire e riprenderebbe o forse varcherebbe, se lasciata a sè, il grado primitivo: regolandosi però col tempo, dopo il quale può considerarsi che nel caso speciale sia tutta eliminata e dandola quindi a dosi refratte, ogni 4-6-8 ore, si può sempre prevenire la ulteriore esacerbazione dopo il primo abbassamento, anche senza bisogno di raggiungere le alte dosi nelle 24 ore. Così io ho fatto decorrere talora negli ultimi 3 o 4 giorni una polmonite fibrinosa che aveva cominciato con 40,5° e 41° senza che la temperatura varcasse più il 38,5. Le dosi necessarie anche come antipiretico non sono state mai molto alte; da 1 a 2 gr. al dì a seconda dell' età in 3 o 4 prese nelle 24 ore sono state quasi sempre sufficienti ad abbassare qualsiasi febbre. Non si sono mai avuti nè sudori molto profusi, nè fenomeni di grave depressione, nè serie minacce di collasso per l'abbassamento della temperatura. Al suo rientrare non ha mai dato disturbi apprezzabili. Solo in un caso di laringite post-tifica ha dato un certo eritema alla pelle con fenomeni di dispnea, che combinatasi con un accesso di tosse caratteristica per quell'infermo e che era sempre accompagnata con fenomeni di soffocazione, ha messo un pò in pericolo il bambino; coi soliti mezzi eccitanti si è però subito riavuto.

*
* *

Volendo ora riassumere i resultati principali ottenuti in questi 33 casi clinici, seguiti uno ad uno accuratamente, credo possano trarsi le seguenti conclusioni d' insieme.

1° La fenocolla è facile a somministrarsi ai bambini; è benissimo tollerata da essi anche in età di pochi mesi; si elimina presto e completamente per l'orina, e dà solo raramente lievi fenomeni d'intolleranza, purchè non si raggiungano dosi molto alte.

2° Usata in 7 casi di corea ha dato 6 guarigioni in pochi giorni ed 1 insuccesso.

3° Usata in 13 casi di pertosse ha dato 10 guarigioni pure in pochi giorni, 1 miglioramento e 2 insuccessi.

4° Usata in 13 casi di diverse malattie febbrili in 11 di queste ha abbassato assai considerevolmente la temperatura senza dare nel maggior numero dei casi alcuno sconcerto.

Pisa, Agosto 1893.

BIBLIOGRAFIA.

(1) Schmidt. (Pharmac. Zeitung 1891. 36, 585).
(2) Hertel. (Deutsch Med. Woch. N° 15, 1891).
(3) Herzog. (Deutsch Med. Wochenschrift N° 31, 1891).
(4) Cohnheim. (Therap. Monatsh. Genn. 1892 p. 15 19).
(5) Albertoni. (Riforma Medica 5 Genn. 1892).
(6) Ott. (Journal of Nerv. and Ment. Dis. febbraio 1892).
(7) Eichhorst. (Pharmac. Presse N° 12, 1882).
(8) Bum. (Wien Med. Presse N° 20, 21, 22, 1892).
(9) U. Mosso e Faggioli. (Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino N° 5-6, 1892).
(10) Crescimanno. (Rif. Medica N° 133, 1892).
(11) Koeniger. (Therap. Monatsh. Giugno, 1892).
(12) Balzer. (Therap. Monatsh. 6, 1892).
(13) G. Ancona. (Riv. Veneta delle Sc. Med. Fasc. V, Tom. XVI, Fasc. I, Tom. XVII, Giugno Luglio, 1892).
(14) Dott. G. Matarazzo. (Rivista Italiana di Terapia ed Igiene di Piacenza, 1892).
(15) Dott. L. Vincenzi. (Bullett. della R. Acc. Medica di Roma, Anno XVIII, Fasc. V. 1892). (Riforma Medica 13 Nov. 1892).
(16) Raimondi e Ciullini. (Gazz. Med. Lombarda, 1892).
(17) Polettini. (Corriere Sanitario. 16 Ott. 1892).
(18) Tripold. (Wiener. Med. Presse, 1892).
(19) Cervello. (Arch. di farmac. e di terapeutica, Palermo 1 2, 1893).
(20) De Angelis Mangano. (Riforma Med. N° 22, 1893).
(21) V. Dell' Olio. (Gazz. degli Osp. N° 6, 1893).
(22) Vincenzi. (Riforma Med. Vol. II, 1893).
(23) De Angelis Mangano. (Riforma Med. Vol. II, 1893).
(24) Beck. (New-York Med. Journ. 22 Aprile 1893 e Rif. Med. 9 Maggio 1893).
(25) G. Cucco. (Therap., Monatsh., Aprile p. 156-157, 1893).
(26) Bonetti. (Arch. di farmacol. e Terap. N° 6, 1893).
(27) E. Micheli. (Bull. delle Sc. Med. Fasc. VII, 1893).
(28) Germani A. (Gazz. degli Ospedali 15 Agosto 1893).

DI UN VOLUTO CASO DI SIFILIDE VACCINALE

Considerazioni

del Dott. GERARDO MOLFESE

Tra i 52 bambini che si vaccinarono il 20 Aprile, sulla Casa Municipale della Sezione S. Carlo all'Arena, in Napoli, ve ne fu uno di mesi otto. Nel tempo stabilito dal regolamento per la verifica dei vaccinati, fra gli otto ai dieci giorni, questo bambino non fu osservato e nello statino è registrato con la caratteristica d'*irreperibile*, perchè i genitori erano sloggiati dal domicilio che avevano indicato, senza lasciare l' indirizzo della nuova abitazione. Però nel giorno dieci dalla data della vaccinazione, il padre del bambino si reca sulla sede municipale e narra a due impiegati che un Medico ed un Professore di Chirurgia avevano constatata la sifilide nel figlio, inoculatagli dalla lancetta per l'innesto vaccinico, e che il bambino aveva le labbra fracide e sullo scroto e vicinanze dell'ano vi era uno *sfogo marcioso*. E infiora questo racconto con imprecazioni e minacce all'indirizzo del vaccinatore.

In data del giorno 5 maggio (14° dalla vaccinazione) il Medico curante rilascia un certificato, col quale attesta la diagnosi di sifilide contagiata con la lancetta e dichiara che, in seguito alla cura mercuriale, le *manifestazioni ulcerose* sulle labbra, sullo scroto e regione perianale erano in via di guarigione.

Avendo poscia la madre portato il bambino sul Municipio ed esaminatolo, io mi convinsi che egli era affetto da sifilide, la quale certamente, per le considerazioni che farò, non era stata causata dalla lancetta del vaccinatore. Ciò non ostante, volendo dare della soddisfazione alla povera madre, divenuta furiosa per la ignoranza dei due medici, la pregai di recarsi all' indomani, insieme col marito e col bambino, sul locale del 1° Dispensario celtico governativo. E là coi Professori Mazziotti e Stanziale osservammo minutamente i genitori, che erano immuni da sifilide; la donna non era mai abortita, ma aveva partorita cinque figli di buona salute. Osservammo che il bambino era discretamente anemico, pallide le mucose, scarso il pannicolo adiposo, flosce le carni. Vi era adenopatia bi-inguinale e retro-cervicale ; sulle regioni scrotale e perianale, placche mucose in fase ulcerativa ed altre in via di riparazione; una piastra coverta da crosta all' angolo labbiale destro ; sulle braccia, quattro cicatrici corrispondenti ai punti della inoculazione vac-

cinica, senza ombra d'indurimento. All'angolo posteriore del cavo ascellare destro, vi era una ulcerazione, di forma rotonda, grande quanto un due centesimi, in via di riparazione e senza indurimento.

Il prelodato Medico curante, che non invitato ebbe la *degnazione* di venire a sostenere, con *sufficiente dose di spirito*, la diagnosi di sifilide vaccinale, sul detto dispensario celtico, conviene che nei siti della inoculazione non vi sia alcuna durezza, e che fin dall'ottavo giorno, in cui vide, per la prima volta, il bambino, esistevano già placche mucose nei luoghi indicati. Ci dice ancora che le condizioni generali del bambino erano molto deperite e che in seguito alla cura antisifilitica, col miglioramento delle manifestazioni cennate, si era ottenuto il miglioramento delle condizioni generali.

Dunque i genitori dell' infermo non sono sifilitici, e la madre assicura (per quel che valga tale assicurazione) che non ha mai fatto allattare suo figlio da altra donna. Eppure bisogna ammettere altra genesi che non sia il contagio per la lancetta. E il precitato Dottore, che in altri colloqui avuti con me, non è giunto ancora a capacitarsi che la sifilide *deve* avere un periodo d'incubazione, e stretto dalle mie argomentazioni ripete: *si vedono tante cose che non parono vere*, finalmente confessa che nella casa dell' infermo frequentava spesso, anzi troppo spesso, un individuo affetto da sifilide recente e che ha tuttora in cura. Oh, allora il problema è risoluto. Il bambino è sifilitico perchè contagiato, non si sa in qual punto, da quell' uomo che stava quasi sotto il medesimo tetto. E la vaccinazione, con la sua infezione, depauperando l'organismo, ha fatto sviluppare le manifestazioni. E chi assicura d'altronde che dette manifestazioni sono comparse, dopo la vaccinazione, e non esistevano il 20 Aprile sulle labbra, sullo scroto e regione perianale? Le manifestazioni infatti, all'ottavo giorno dalla vaccinazione, erano molto intense: erano *marciose*, come dice il padre; erano *ulcerate*, come attesta il medico. E queste manifestazioni erano migliorate e in alcuni punti guarite, al quattordicesimo giorno. La sifilide dall' ospite al bambino ha potuta comunicarsi per bacio e non reca meraviglia che la sifilosclerosi iniziale sia passata inosservata.

L'ulcera sifilitica è raramente constatata nei giovani soggetti, eccezione fatta per la sifilide vaccinale. L'adulto, dopo un coito avuto con donna di liberi costumi e sospetta, ha sempre paura di contaminazione e si osserva con cura, ricorrendo al Medico, non appena compare una lesione. Pel bambino invece, i genitori sconoscono la gravezza di una lesione, di cui spesso ignorano la origine e la natura. E non si ricorre al Medico se non quando si manifestano i fenomeni generali.

*
* *

Non appena ebbi conoscenza del fatto, che s'imputava ai vaccinatori, io credendo che ciò riguardasse me direttamente, come era corsa voce, e non uno dei miei compagni, come si assodò in prosieguo, scrissi un rapporto al Sindaco, chiedendo che sul deplorevole accidente si facesse la luce, per decoro del Municipio ed anche per garenzia contro minacce che avevano tutta l'apparenza della legalità, ma in sostanza si riducevano a qualche cosa simile allo scrocco. E dall'Ufficio d'Igiene venne eseguita una ispezione sui vaccinati del giorno venti Aprile, accertando che nessuno dei bambini, che furono vaccinati in detto giorno, presentava fenomeni d'infezione celtica.

Laonde a tutti gli argomenti riferiti innanzi, si potrebbe aggiungere ancora questo che manca cioè l'elemento infetto, dal quale si avesse potuto trasportare il contagio sul bambino supposto sano. Questo argomento in verità ha un valore solamente, perchè è negativo; ma se per caso si fossero rinvenuti dei sifilitici, non si avrebbe potuto dire: *post hoc*, *ergo propter hoc*.

*
* *

VIENNOIS ha dimostrato che la sifilide, la quale si trasmette con la vaccinazione, si manifesta mai sempre con una lesione esclusivamente locale, che si sviluppa nel sito della incisione e sempre dopo una incubazione di quindici a venticinque giorni. Il decorso della sifilide da vaccinazione è niente dissimile da quello che si osserva in qualunque altro modo venga originata; e il decorso della pustola vaccinica non viene menomamente alterato. Ognuno dei due virus, sifilitico e vaccinico, senza che l'uno alteri l'altro, produce nel punto della inoculazione le alterazioni che lo caratterizzano. E quindi dopo la completa cicatrizzazione dei punti inoculati, o mentre vi sono ancora attaccate le croste, compariscono, ordinariamente dopo *3 a 4 settimane d'incubazione*, contando dalla data della inoculazione, alterazioni sulle cicatrici, consistenti in una *papula* che a poco a poco s'indurisce e spesso si *ulcera* superficialmente. Scorso altro periodo d'incubazione, seguono i fenomeni generali della sifilide. Avviene lo stesso, quando sul medesimo individuo comparono contemporaneamente l'ulcera molle e la sifilosclerosi, ognuna di queste lesioni segue il suo corso speciale.

Spesso accade, come nel bambino in esame che, pochi giorni dopo la vaccinazione, si osservino delle eruzioni sulla cute e sulle mucose, mentre la inoculazione vaccinica ha seguito il corso normalissimo, residuandosi poi cicatrici fisiologiche. Ora non vi ha

chi non crede che queste manifestazioni sifilitiche, che si sono osservate, appena otto giorni dopo la vaccinazione, non possono essere il prodotto della sifilide contagiata per innesto, perchè manca il periodo d'incubazione e il periodo tra la comparsa della affezione primaria, totalmente locale, e le manifestazioni generali.

Ora, concedendo il periodo d'incubazione minimo di 15 giorni e la comparsa delle manifestazioni secondarie non prima di 40 giorni, sommate queste due cifre, si hanno giorni 55; e quindi la sifilide è stata contratta dal bambino al più presto verso la fine di febbraio. E l'assenza dell'indurimento ci fa pensare che la osservazione sia molto tardiva.

In conclusione, la trasmissione della sifilide per vaccinazione deve ritenersi *autentica* solo in quei casi, nei quali ha luogo lo sviluppo del fenomeno primitivo, nel punto della inoculazione, preceduto dal periodo d'incubazione. E nei casi, in cui ciò non fu osservato, se la vaccinazione ha avuta una qualche influenza sullo sviluppo della sifilide, essa deve considerarsi solamente, come causa occasionale che ha fatta svolgere i fenomeni della malattia che gl'individui avevano contratta per altra sorgente. E chi opina diversamente erra o per ignoranza o per malafede.

La vaccinazione quindi, per le modificazioni impresse all'organismo, è stata il coefficiente, l'agente stimolante per determinare o precipitare le manifestazioni della sifilide preesistente alla vaccinazione medesima, se pure non preesistevano i fenomeni generali. Qualsiasi infezione p. es. la tisica, la vaiuolosa ecc. diminuendo la resistenza organica dell'individuo e depauperandone le forze, fa si che la sifilide la quale si manteneva nello stato latente, acquista il predominio e si estrinseca con le sue molteplici forme. E oltre l'azione che spiega una infezione a ridestare i sintomi della sifilide assopita, bisogna anche tenere calcolo dell'azione che spiega il traumatismo su un individuo sifilitico; così il Prof. T. De Amicis racconta di avere osservato un individuo che affetto da sifilide, nel periodo latente, in seguito alla rivaccinazione, ebbe nel sito della inoculazione, nel braccio, una manifestazione di sifiloderma papulo-tubercolare.

*
* *

La lancetta, vaccinando un individuo sifilitico, può trasmettere da questo a quelli, che si vaccinano dopo, la sifilide pel trasporto del sangue. Le inoculazioni, ammettendo la propagazione della sifilide, per mezzo del sangue, fornirono a Viennois l'argomento per la interpretazione esatta dei casi di sifilide vaccinale. Questa trasmissione era frequente quando la vaccinazione si faceva da braccio a braccio, nella vaccinazione così detta *umanizzata*. Da

un vaccinifero sifilitico si trasmetteva la sifilide a molte persone e sono a tutti note le così dette *epidemie* o *endoepidemie* avvenute dal 1821 al 1866. (Vedi il mio lavoro. Venti casi di sifilosclerosi iniziale extragenitale).

Dal 1867 nella città di Napoli fu abolita la vaccinazione umanizzata ed introdotta la vaccinazione animale. E se con quella le sorgenti d'infezione potevano essere due: il vaccinifero e la lancetta del vaccinatore, oggi è da temersi solamente la lancetta. Non si può infatti negare e non si trova chi non ammetta che con la lancetta sporca del sangue di una persona sifilitica, cui si sia fatta la vaccinazione, si possa trasmettere la sifilide alla persona che si vaccina dopo. Ognuno comprende però che questo fatto non è molto facile ad avvenire; perchè colla vaccinazione umanizzata avveniva il trasporto materiale dal vaccinifero al vaccinando, e data la infezione sifilitica, è chiaro e facile il contagio; ma colla vaccinazione *animale* il trasporto avviene soltanto per causa accidentale, ammettendo cioè la lancetta non pulita.

Dimandai al Prof. De Amicis se avesse mai osservato alcun caso di sifilide vaccinale e ne ebbi risposta negativa. Eppure dal 1867 ad oggi si sono vaccinati, sulle Sezioni Municipali, circa 350,000 individui. E questo argomento di fatto è più che sufficiente ad abbattere certe insinuazioni che si fanno per i caffè, per le farmacie e financo in seno di Accademie scientifiche. Il non essersi assodato nessun caso di sifilide vaccinale, in tutto questo lungo periodo di tempo, è una prova più che bastevole per dimostrare che i Medici del Municipio di Napoli, pure sforniti di quanto occorre per una regolare antisepsi e financo di lancetta che comprano a propria spesa, sempre *invidiati* e sempre *odiati*, fanno più che il proprio dovere. E questa è la più seria risposta che si possa dare e forma il migliore elogio, per la benemerita classe dei sanitari municipali.

* * *

Ora, sebbene i casi accertati di vera sifilide inoculata per la vaccinazione, specie in questi ultimi tempi, sieno troppo rari, e in Napoli, lo ripeto, affatto sconosciuti; pure queste infauste accidentalità, (ove avvenissero) *cadrebbero sul conto del cattivo modo di praticare la piccola operazione*. E poichè oggi è, per lo meno, un delitto discutere sulla provenienza della linfa, mandata direttamente dalla Direzione della Sanità Pubblica, resta solo a migliorare la *pratica della vaccinazione*, la quale richiede una grande precauzione e diligenza, affinchè questa operazione, tanto benefica, non divenga mezzo col quale si trasmette

la sifilide. Ed è chiaro che se questa garanzia non si ottiene e di ciò si forma nel popolo il convincimento, è da temere che rinascano dei sentimenti di ripugnanza, pel solo mezzo sicuro, che sia atto a prevenire il vaiuolo, morbo che prima della vaccinazione ha apportato tanta desolazione.

E il Municipio, che sopporta tante spese non sempre utili, potrebbe sopportarne un'altra molto limitata, ma di un vantaggio reale, per custodire la salute e la vita dei bambini che debbono essere vaccinati, specialmente poi, (visto e considerato il brillante risultato delle vaccinazioni che si eseguono in questa città) per calmare la suscettibilità di alcuni declamatori.

La lancetta del vaccinatore deve essere come la moglie di Cesare, senza sospetti. E il popolo non solo rifugge dai sospetti, ma chiede garenzia. E questa garenzia deve essere maggiore, con la vaccinazione resa obbligatoria.

Esaminiamo un poco quali sono i mezzi che occorrono per un' antisepsi rigorosa. Il mezzo migliore e sicurissimo è quello che si ottiene con la sterilizzazione della lancetta alla lampada a spirito; ma questo, che è il sovrano del rimedi, è poco attuabile in pratica. Supponiamo infatti che si presentino per essere vaccinati molti bambini, i quali in alcune Sezioni e in certi mesi sorpassano il centinaio; per sterilizzare la lancetta tante volte quanti sono i vaccinandi, ci vuole del tempo. Basta entrare una volta sola, in una sala per le vaccinazioni, per convincersi della impossibilità di servirsi del metodo indicato. Il chiasso che si fa è intollerabile: tutti vogliono andar via e non possono aspettare nemmeno un minuto di più; proprio in quel momento tutti hanno gravi occupazioni ecc.

Maggiori sono gl'inconvenienti che presenta l'antisepsi che si voglia fare, mettendo prima la lancetta per qualche tempo nella soluzione di acido fenico al 10 0|0 e poscia nell'alcool puro.

E quindi io ritengo che l'unico mezzo per raggiungere veramente lo scopo sarebbe quello che il Municipio fornisse le case comunali sezionali di un numero di lancette proporzionate a quello dei vaccinandi, onde si possano portare, nelle sale per le vaccinazioni, sterilizzate—per eseguire in poco tempo e con tutto scrupolo la piccola operazione. E dopo ciò il Bauer consiglia di applicare dell'ovatta idrofila che si copre di garza fenicata, lasciandosi la medicatura applicata, finchè si creda che la pustola sia guarita. Il Bauer vorrebbe in breve, applicate alla vaccinazione le leggi dell'antisepsi, poichè, egli dice, sebbene sia una operazione tanto insignificante che appena merita questo nome, pure non è esente da complicanze e narra che in Prussia vi sono stati nove morti per eresipela, consecutiva alla vaccinazione. E

quindi egli consiglia che si lavi il braccio del bambino, con soluzione fenica al 5 0|0 glicerina e acqua distillata a parti eguali. Il mio amico SOMMA vorrebbe addirittura la sala asettica.

Io conchiudo: che la vaccinazione è un argomento di tale importanza e di tanta utile applicazione, da meritare tutta l'attenzione di chi è preposto alla Direzione della salute pubblica della Città nostra.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

NANNOTTI — Onfalocele congenito voluminoso ridotto felicemente colla laparotomia.

Premesso un bozzetto assai preciso ed accurato della storia, anatomia, etiologia e cura delle ernie ombelicali congenite, e dopo averne accettata la distinzione fatta da BERARD, VIDAL DE CASSIS e DEBOUT in ernie ombelicali del periodo embrionale ed ernie ombelicali del periodo fetale, l'autore passa a descrivere il caso a lui occorso.

Trattasi di un neonato di circa un' ora, maschio, nato a termine, con un tumore considerevole sul ventre, del volume superiore a quello della testa di un feto a termine, di forma sferoidale ed aderente all' ombelico per un peduncolo di un diametro non superiore ai quattro centimetri. Il sacco erniario, lacerato in diversi punti, lasciava scorgere le anse intestinali con colorito quasi violaceo. La legatura del funicello ombelicale aveva cagionato diverse lacerazioni negli involucri dell' ernia, i quali erano costituiti nel modo che segue. Il foglietto esterno del sacco erniario era formato dall' amnios che aderiva leggermente alla pelle, e ravvolgendo il tumore, si continuava coi vasi del cordone ombelicale. Al di sotto dell' amnios esisteva una discreta quantità di tessuto analogo alla gelatina di WHARTON che formava delle lasche aderenze fra il foglietto superficiale e quello profondo. Questo, posto a contatto diretto dei visceri, era costituito dal peritoneo. La porta erniaria offriva 3 centimetri di diametro, il colletto del sacco era in parte ricoperto dalla pelle estroflessa, che continuandosi con l' amnios, abbracciava il colletto medesimo per una piccola estensione. I vasi del cordone si trovavano sparpagliati nella parte superiore sinistra del tumore.

Riuscito inutile ogni tentativo di riduzione incruenta, l' autore praticò l' apertura delle pareti addominali partendo dal margine inferiore dell'orifizio erniario e prolungando l' incisione in basso per circa 5 centimetri. Aperto il sacco erniario si riscontrò che l' ernia era costituita da quasi tutto l' intestino tenue e da porzione del crasso compreso il cieco. Le manovre di riduzione, abbenchè difficilissime, riuscirono a riporre l' intestino nella cavità addominale ; dopo di che fu praticata la sutura profonda a punti staccati dei muscoli e del peritoneo; e, giunti a livello dell' apertura erniaria, fu esciso prima il sacco erniario e poi fu seguitata la sutura da lasciare soltanto il piccolo spazio necessario al passaggio dei vasi del cordone. Appena questi furono ligati, fu praticata la sutura cutanea ed apposta una medicatura leggermente compressiva. Il decorso della cura fu asettico, tanto che dopo 10 giorni, rimossi i punti di sutura, si era già ottenuta una riunione perfetta e solida delle pareti

addominali, con cicatrice infossata e retratta. Riveduto il bambino dopo un mese, fu trovato in ottimo stato, tanto per le condizioni generali, che pel grado di resistenza della cicatrice.

Evidentemente, erasi in simile caso trattato di un' ernia ombelicale congenita del periodo fetale. I visceri, a quanto pare, si sarebbero fatto strada nella parte inferiore destra dell' apertura ombelicale, precisamente al contrario di quello che accade nelle ernie ombelicali acquisite.

L' autore non cessa dal raccomandare per la cura di queste deformità un radicale intervento chirurgico, ritenendo che nessuno dei chirurgi al dì di oggi si limiterebbe a sorvegliare e dirigere il processo naturale di riparazione che offre indubbiamente maggiori pericoli di un' atto operativo immediato. Ciò sarebbe appena giustificabile nel caso di ernia congenita ombelicale assai piccola. (*Il Morgagni*).

S. Somma.

Giarrè — Anasarca postmorbillosa.

Abbenchè il numero dei cosidetti *edemi essenziali* o *idiopatici* dopo l'esatta cognizione del morbo di Bright, siasi oggi abbastanza ristretto, pure non mancano casi in cui versamenti sierosi sottocutanei in niun modo possono riferirsi ad insufficienza cardiaca od a lesione renale. Se ne distinguono differenti categorie. Nella prima vanno compresi gli *edemi acuti circoscritti angioneurotici*, che sarebbero sotto la dipendenza di una nevrosi vaso-motoria per alcuni, mentre per altri sarebbero la espressione di una nevrite periferica a frigore.

Nella 2.ª classe vanno compresi gli *anasarchi reumatici a frigore*, che, secondo Galvagni e Mazzotti, sarebbero dovuti ad una flogosi speciale reumatica del cellulare sottocutaneo.

Nella 3.ª categoria vanno compresi gli *edemi cachettici* che si verificano negli ultimi periodi di gravi cachessie.

Altri edemi sono in relazione non con disturbi funzionali, ma con vere *lesioni organiche dei nervi periferici*; ed infine esiste un' ultimo gruppo di *edemi essenziali di origine più oscura*, per alcuni dei quali non potett' essere rintracciato nessun fattore etiologico palese, mentre per pochi altri fu notata la precedenza di una malattia infettiva acuta interessante con le sue manifestazioni il tegumento cutaneo (scarlattina, varicella, eresipela, morbillo). A questa ultima categoria appartiene il caso clinico esposto dall' autore, in persona di una bambina di anni 4, che dopo 4 giorni della comparsa del morbillo, l' esantema scomparve, mentre la febbre continuò alta e costante. E, mentre durava questo stadio, cominciarono a manifestarsi edemi agli arti ed alla faccia che crebbero e si generalizzarono così rapidamente che, 10 giorni dopo la comparsa del morbillo, la bambina era già tutta gonfia. Fatto assegnamento sul rigoroso esame obbiettivo eseguito sulla inferma, l' autore fu autorizzato ad emettere la diagnosi di *anasarca essenziale* con modica *ascite*, *dissenteria e vulvite purulenta*.

Nel cennato caso, non potendo l' autore, per spiegarsi l' anasarca, ricorrere alla teorica meccanica nè a quella discrasica degli edemi, crede che si potrebbe invece pensare ad una profonda alterazione dell' endotelio dei vasi cutanei e del tessuto elastico e connettivo del cellulare sottocutaneo, elementi che, secondo le ultime ricerche, hanno la massima importanza nella patogenesi degli edemi. Ma la rarità degli edemi post-esantematici è di troppo superiore a quella degli esantemi, di guisa che in casi consimili la vera causa determinante, sarebbe, secondo l' autore,

da ricercare in un elemento chimico cioè nell' azione di qualche sostanza tossica circolante nel sangue; ipotesi che acquista maggiore importanza dopo i recenti studii dell'HEIDENHAIN, il quale ha dimostrato che ad aumentare la produzione della linfa influiscono, introdotte nel circolo, particolari sostanze da lui denominate linfagoghe, la cui azione si esplica ora sui vasi ed ora sui tessuti medesimi. (*Lo Sperimentale*).

S. SOMMA.

BIBLIOGRAFIA

Patricio Borobio Diaz. La mortalidad de los niños en Zaragoza — Sus causas—Sus remedios.—Zaragoza, 1893.

Poche volte ci vien dato di leggere lavori che, trattando argomenti difficili, complessi e d'importanza ed interesse generali, siano svolti con competenza, imparzialità, profondità di vedute ed esattezza di apprezzamenti. Questi pregi, per vero non comuni, non possiamo ora disconoscere nel cennato lavoro che, sotto il modesto titolo *di discorso*, l'Aut. ha presentato alla R. Accademia di Medicina e Chirurgia di Zaragoza per la sua nomina a membro della medesima.

Premesso un breve studio sulla natalità in Zaragoza allo scopo di dedurre relazioni e proporzioni fra i bambini che nascono e quelli che muoiono, l'Aut. entra in materia, dando una idea della mortalità generale per stabilire comparazioni con la mortalità infantile, lo studio della quale è fondato su di una esatta e rigorosa statistita di sei anni completi, a cominciare dal primo gennaio 1886 fino al 31 dicembre 1891.

Dopo di aver esposto un quadro generale della mortalità infantile complessivamente avutasi nei sei anni, il BOROBIO studia primieramente il grave argomento in rapporto ai mesi ed alle stagioni e poi alle età, al sesso, alla legittimità ed illegittimità. Dà poi uno sguardo alla mortalità infantile urbana e rurale, per procedere ad un'esame minuto ed accurato di essa in relazione alle malattie che la produssero e che l'aut. classifica in quattro grandi gruppi che sono: 1) vizî congeniti; 2) distrofie; 3) infezioni; 4) infermità degli apparati. Dei vizî congeniti compresi nel primo gruppo la maggior parte è costituita dalla debolezza congenita, dalla poca vitalità e poi dalle malattie congenite del cuore, dalla cianosi, dalle anomalie di forma e di situazione di organi importanti non che da certe mostruosità compatibili solo con la vita intrauterina. Figura nel 2° gruppo il rachitismo, che assorbe la quasi totalità dei decessi; indi lo scorbuto, la porpora emorragica, la emofilia ed infine il diabete zuccherino, che produsse un sol caso di morte. Fanno parte del 3° gruppo la tubercolosi, la difteria, il vajuolo, il morbillo, la febbre tifoide, la pertosse, la sifilide ereditaria, l'eresipela, la setticemia, la scarlattina, e poi in ultimo le febbri palustri, il tetano ed il carbonchio. Vanno, infine, comprese nel 4° gruppo le malattie dell'apparecchio respiratorio, quelle dell'apparato digestivo, del sistema nervoso, dell'apparato circolatorio ed in ultimo quelle dell'apparecchio genito-urinario.

A completare il suo studio su queste cagioni determinanti la mortalità infantile, l'aut. con speciale competenza ed erudizione espone l'influenza che su di questa esercitano i disturbi nell'alimentazione, il divezzamento, la deficienza di cure, le abitazioni insalubri e la mancanza di assistenza medica.

Passando poi a trattare nella seconda parte del suo libro dei mezzi atti a diminuire la mortalità infantile, il Borobio assegna moltissima importanza all'allattamento materno, che egli chiama *mezzo salvatore della salute dei bambini*, al rigoroso regolamento per le nutrici, alla protezione a dare ai bambini allevati in campagna, ai precetti igienici da impartire alle madri, all'insegnamento della igiene infantile, alle ispezioni del latte animale, alle cure da prodigare al bambino, alle abitazioni salubri, alle Società di carità e protezione materna, agli asili per le donne incinte, alle Società protettrici della infanzia, ai presepi, alla profilassi delle principali infermità, all'assistenza medica gratuita, ai dispensarî per bambini infermi, agli ospedali per bambini.

Sintetizzando in brevi parole tutti i rimedî proposti per diminuire la mortalità infantile, l'Aut. crede che essi possono ridursi a due gruppi; di essi il 1° comprende i mezzi che agiscono sul bambino sano; il 2° quelli altri che operano sul bambino infermo.

Completano l'eccellente lavoro numerosi quadri statistici e grafici che fanno non poco onore all'autore per la precisione ed esattezza con cui vennero eseguiti. G. S.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

XIX Settembre 1884.—Muore in Napoli, vittima della epidemia di colera, Luigi Somma, l'illustre fondatore di questo « *Archivio* ». Nella infausta ricorrenza di questo nono anniversario, con l'animo affranto dal più vivo cordoglio, deponiamo, riverenti, un modesto fiore sulla tomba che racchiude le sue ceneri benedette, che fremeranno, al certo, di santo orgoglio, constatando che l'opera sua, nobile e generosa, non restò senza frutto in questa cara Italia.

Sul modo di allattare i bambini presso i differenti popoli.—In Europa, ed in generale presso tutti i popoli civilizzati, le donne pongono ogni loro cura all'allattamento dei bambini. Anche, potendo rimaner sedute, poggiano il bambino sulle loro ginocchia, mentre che una mano sostiene la testa e l'altra al bisogno porge il seno. L'allattamento allora diventa una occupazione piena di svaghi tanto da essere decantato e celebrato a gara dai nostri pittori e poeti.

Appo i selvaggi, le necessità della esistenza non permettono affatto simili comodi; la donna che allatta deve continuare a lavorare come per lo passato; il suo signore e padrone la obbliga alle occupazioni più penose, sia anche di lavorare la terra. Anche in una gran parte dell'Africa presso gli Ashanti, al Quango ed appo gli Ottentoti, le donne portano il bambino sul dorso, stretto alle spalle mediante un panno, unica loro veste; in tal guisa esse dispongono liberamente delle mani. Se il bambino ha desiderio di succhiare, la Ottentota passa la testa del pargoletto per di sotto la sua ascella, acciò egli possa prendere il seno. Presso la Negra, la manovra è ancora più facile. Tutto il mondo conosce l'enorme volume che in esso assumono le mammelle. Queste discendono, a guisa di zucca, fino all'ombelico. Tale disposizione è ad esse di grande utilità; esse permettono di fornire il seno al bambino poggiato sul dorso sia ripassando le mammelle al di sopra delle spalle e sia per di sotto le cavità ascellari. E la donna continua il suo lavoro!

Non tutte le Negri, intanto, adottano questa manovra. Nell'Africa centrale esse hanno l'abitudine di portare il bambino sulle anche sia mantenendolo con le braccia, sia, come le Niams-Niams, fermandolo solidamente al loro corpo mediante un laccio largo e trasversale. La testa del bambino arriva, in tal guisa, alla spalla della madre, alla quale basta di sollevare un tantino la sua mammella perchè questa arrivi alla bocca del bambino. Le Javanesi praticano l'egual metodo, ma il bambino riposa più comodamente, rimanendo il suo corpo sostenuto da una specie di imbuto che prende punto di appoggio sulla spalla opposta.

Peraltro, non bisognerà mai immaginare di essere noi giunti a dare le più grandi comodità ai nostri bambini nell'atto del succiamento. I popoli dell' Asia occidentale, Grusi, Armeni, Maroniti, Tatari, ci sorpassano di molto su questo punto. Appena il bambino ha voglia di succhiare, la mamadre non lo rimuove affatto dalla sua culla, ma essa vi s'inginocchia di lato, e prendendo punto di appoggio sulla spranga superiore del piccolo letto, inclina il suo petto al di sopra di lui, e gli porge il seno. Il bambino per alimentarsi resta nella stessa posizione come per dormire.

Non bisognerà credere, del pari, che tutti i selvaggi serbino la stessa abitudine dei negri. Molti, in America ed in Oceania, interrompono il loro lavoro e prendono il bambino nelle loro braccia allorchè il bambino reclama il seno. Ma l' abitudine delle sedie è poco diffusa presso i selvaggi; e, per riposarsi, le donne si accoccolano, si inginocchiano ed incrociano le loro gambe come i nostri sarti. Nell'attitudine accoccolata è impossibile situare il bambino sulle ginocchia. La donna, in tal caso, lo mantiene orizzontalmente ad una certa altezza mercè le sue braccia incrociate; tale è il costume che si serba nella Columbia britannica. Le Arancanieni e le donne dell'Arizona si coricano per metà, situando le gambe lateralmente verso il medesimo lato ed il corpo dritto. Esse piazzano il bambino sulle ginocchia, del pari sollevate, in modo che esso raggiunga il seno.

La durata della lattazione influisce egualmente sulla posizione. Si sa che questa durata è assai variabile secondo i popoli. Mentre che è minore di un' anno presso i Samoari e gli Ottentoti, essa è di uno a due anni per gli Armeni, i Tatari d'Erivain. Raggiunge i due anni presso i Persiani, i Marocchini, gli Egiziani e gli abitanti del Nilo; tre anni in Australia, in China, al Giappone, al Siam; quattro anni presso i selvaggi d'Oregon e di Califonia. Infine le donne delle Caroline allattano i bambini fino a dieci anni; le Indiane dell' America del Nord fino a dodici anni e le Esquimali fino a quattordici ed anche a quindici anni.

Quando il bambino è un po' grandicello e cammina, prenderà il seno della madre senza che questa più se ne occupi.

Alle isole Viti, la madre dà la mammella ai suoi bambini a mo' di una leonessa, dice Ploss. Nella Gujana inglese non è affatto raro vedere un bambino di tre a quattro anni tenersi ritto innanzi sua madre e bere ad una delle sue mammelle, mentre che l'altra è occupata da un bambino di piccola età che la donna porta nelle sue braccia. L' identico costume si osserva al Giappone.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Vomiti dispeptici nei bambini

Creosoto	gocce	2-4,00
Acqua distillata	gram.	35,00
Sciroppo di altea	»	15,00

mib. Da somministrarne un cucchiaio da caffè ogni due ore.

TORDEUS.

Tosse del morbillo

Estratto di giusquiamo . . .	gram.	0,15
Acqua distillata	»	70,00
Sciroppo semplice	»	10,00

mib. Da propinarne un cucchiaio da caffè ogni 2 ore.

VIDERHOFER.

Rachitismo

Fosforo	gram.	0,01
Olio di mandorle dolci. . . .	»	30,00
Zucchero bianco polverato) Gomma arabica polverata) *ana*	»	15,00
Acqua distillata	»	40,00

mib. Da somministrarne un cucchiaio da caffè al giorno.

METTENHEIMER

Linimento contro la paralisi infantile

Balsamo di Fioravanti . . .	gram.	190,00
Tintura di noce vomica . . .	»	10,00

mib. Da praticarne frizioni.

BREUCQ.

Stitichezza nei bambini

Liquirizia . . . . .) Foglie di sena polverata) *ana*	gram.	60,00
Fiori di zolfo. . . . .) Polveri di semi di finocchio) *ana*	»	30,00

mib. Da somministrarne 1 a 2 cucchiaini da caffè al giorno.

Estratto idroalcoolico di cascara sagrada	gram	0,50
Sciroppo semplice	»	50,00
Tintura di cannella.	»	2,00

mib. Da darne uno a due cucchiai da caffè al giorno.

Scammonea	gram.	0,10 — 15
Zucchero polverato.		q. b.

mib. fa c. Per una somministrazione.

Calomelano preparato a vapore	gram.	0,20
Zucchero polverato.		q. b.

mib. f. c. Per una somministrazione.

Tintura di Baumé	gram.	1,00
» » rabarbaro) » » cannella) *ana*	»	10,00

mib. Da propinarne 20 gocce in acqua, prima di ogni pasto.

Tintura di cascarilla } » » rabarbaro } » » cannella } » » colombo } » » genziana } *ana*	gram.	10,00
» » noce vomica	»	5,00

mib. Da darne 10 gocce in acqua, prima di ogni pasto.

TISSIER.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.

LAVORI ORIGINALI — LEZIONI — CASISTICA

Clinica Pediatrica dell'Università di Catania
(Prof. GALVAGNO)

SOPRA UN CASO DI CIANOSI CONGENITA

per **GAETANO CUTORE CUTORE**
Studente in medicina.

(Continuazione e fine, vedi pag. 228, fasc. IV).



Ora che l'autopsia, maestrevolmente eseguita dall'egregio prof. PETRONE, ha pronunciato il supremo responso sul caso clinico di cui ci siamo intrattenuti, a noi spetta, con tutta la delicata imparzialità che il caso richiede, raffrontare i fatti raccolti in vita coi dati della necrosropia per poter venire a qualche conclusione.

E poichè è nostro intendimento di non dilungarci più che non richieda la chiarezza, diremo in particolare di quelle parti della difficile e complessa diagnosi che vennero ora smentite.

Tutto ciò noi faremo con animo più lieto che sgomento per il resultato anatomico ottenuto, poichè crediamo che le considerazioni critiche a cui ci condurranno le discordanze fra i due periodi di osservazione scientifica, più che diminuire, basteranno da sole ad accrescere l'interesse della presente pubblicazione. In quanto al centro circolatorio vennero confermate sul tavolo anatomico: la lesione fondamentale, cioè la stenosi del cono della polmonale, la chiusura completa del canale arterioso e la notevole ipertrofia del ventricolo destro.

Si trovarono inoltre, invece di quella dei ventricoli, la comunicazione diretta degli atrii per mezzo del forame ovale in parte pervio e dilatato, ed una lesione assolutamente non preveduta dal giudizio clinico, vogliamo dire la stenosi della tricuspide.

Come noi abbiamo sbagliato?

Quali fenomoni fisici, quali sintomi funzionali, quali dati statistici ci fecero emettere un giudizio che, pur sembrando a noi verosimile e dedotto da buone ragioni cliniche, fu dall'autopsia trovato in parte erroneo?

Noi, senza ripetere le ragioni che guidarono la discussione

clinica, richiamiamo alla nostra mente il fatto anatomico più evidente presentato dall'organo cardiaco, cioè la enorme ipertrofia del ventricolo destro.—Ora, in caso di lesione cardiaca, sia essa acquisita o congenita, la ipertrofia di una data sezione del cuore rappresenta un processo cronologicamente secondario al vizio strumentale dell'orifizio leso, dimodochè in questo caso, in ordine di tempo, qual primo processo devesi ritenere la stenosi del cono della polmonale, cui seguì la ipertrofia del ventricolo destro.

Date queste condizioni, può la stenosi della tricuspide riferirsi anch'essa alla vita fetale? Ed in quest'ultima ipotesi, come renderci ragione dell'enorme ipertrofia del ventricolo destro?

Con una stenosi tricuspidale ed una stenosi della polmonale congenite, le condizioni di pressione del ventricolo destro sarebbero state inferiori al normale: poco sangue dal seno destro sarebbe passato nel sottoposto ventricolo, poco nell' arteria polmonale e quindi lo sforzo generatore dell'ipertrofia sarebbe stato assai piccolo e certamente non atto a produrre tanto effetto.

È necessario, quindi, ammettere che fino ai primi anni la lesione dovette limitarsi all'arteria polmonale, producendo la ipertrofia del ventricolo destro, e che la stenosi della tricuspide siasi prodotta molto recentemente e probabilmente nell'epoca in cui l'infermo fu affetto da febbre tifoidea.

D'allora infatti le sofferenze aumentarono ed i fatti obbiettivi maggiormente risaltarono agli occhi della madre e dei parenti del ragazzo.

Ed è facile pensare che, per la irregolare conformazione del cuore, nell'endocardio con facilità si sia svolto un processo flogistico durante quella infezione ; molto più che ora i risultati dell'esame istologico vengono a confermare un nuovo processo di endocardite acuta che forse fu la causa prima della morte.

Apprezzando dunque con l'esame clinico, l'enorme ipertrofia del ventricolo destro, dalla nostra mente veniva allontanata l'idea di una possibile stenosi della tricuspide. Nè altri segni clinici accennavano a questa lesione. I fenomeni fisici che la fanno diagnosticare, pur esistendo comunicazione degli atrii, sono: il turgore notevole ed una pulsasione presistolica delle vene giugulari; inoltre un rumore diastolico o presistolico con intensità massima sulla parte inferiore dello sterno.

Ma le giugulari non si poterono osservare mai turgide, nè molto meno pulsanti; il rumore si iniziava con la sistole dei ventricoli, e ciò per la propagazione del rumore sistolico originatosi sul cono della polmonale e forse ancora perchè i lembi della tricuspide, completamente saldati, oltrechè di stenosi, erano causa di insufficienza tricuspidale.

Inoltre tale rumore, pur apprezzandosi con timbro metallico sulla parte inferiore dello sterno, si percepiva della massima forza ed asprezza sul bordo sinistro dello sterno, tra l'inserzione della 4ª e quella della 5ª cartilagine costale, cioè sulla linea normalmente corrispondente al setto dei ventricoli.

Nè ciò è tutto. Un soffio che si propagava fin sull'ascellare sinistra faceva assolutamente pensare ad una corrente vorticosa dal cuore destro spinta nel sinistro. Non era facile attribuire questo fatto clinico alla mutata topografia delle sezioni cardiache che venne riscontrata a torace aperto.

Solo allora s'è potuto vedere che il cuore, per l'enorme ipertrofia della sua metà destra, avea subito tale aumento della sua inclinazione a destra ed in basso, da rendere il solco auricolo-ventricolare quasi perpendicolare, restando perciò in gran parte gli atrî a destra ed i ventricoli a sinistra. Tale giacitura anomala del centro circolatorio può ben spiegare come il vortice, prodottosi nell' ostio atrio-ventricolare destro durante la sistole degli atrii, produceva un rumore propagantesi verso sinistra.

A noi parve logico pertanto, con l'ipertrofia del ventricolo destro, con la mancanza di segni diagnostici della stenosi tricuspidale, col sito e modo di propagazione del rumore e col conforto dei dati statistici, ammettere, qual nuova via necessaria per il deflusso del sangue, una perforazione nel setto dei ventricoli.

E tal giudizio clinico traeva maggior fòrza dalla mancanza di segni caratteristici della comunicazione degli atrii. Abbiamo detto nelle prime pagine che la maggiore parte degli autori non parlano di sintomi propri del setto interatriale pervio, ed abbiamo richiamato alcuni concetti diagnostici del MURRI. Ma l' assenza completa di segni di elevata pressione nelle vene giugulari e però nell'atrio destro, ci fece escludere tale ipotesi. Aggiungiamo che il CANTANI, l' illustre clinico, il cui nome ricorderà sempre con venerazione il mondo scientifico, stabiliva che per ammettere l'apertura del foro ovale, si devono riscontrare, *non essendoci valvole tra le vene polmonali e l'atrio sinistro, maggiore rigurgito e stasi nei polmoni, e quindi, oltrechè l'affanno, il catarro e la idrorrea polmonare.* Il nostro infermo non soffriva catarro bronchiale, si dovette anzi attendere pur moltissimi giorni per avere una piccola quantità di espettorato che servì per l'esame batteriologico.

Credemmo pertanto che la diagnosi, fondata su tante ragioni cliniche, fosse se non la sola possibile, certo la più probabile.

Diciamo ancora brevemente che, per spiegare i fenomeni di grave stasi riscontrati in tutti gli organi con l'autopsia, non occorre invocare una stasi durata quanto la vita, ma quella sta-

bilitasi in modo permanente da poco più di un mese, cioè dal giorno in cui comparvero *per la prima volta* edemi, che finirono col grave anasarca riscontrato negli ultimi giorni di vita. E poichè alcune note anatomiche accennano ad una stasi venosa di durata ancor più lunga di tale epoca, noi torniamo a ricordare quanto abbiam detto precedentemente, cioè di ritenere che per tutta la vita siano avvenute solo delle stasi ad accessi, ma tuttavia produttrici di processi degenerativi, e però la stasi vera e permanente dell'ultimo periodo di vita non s'è impiantata su tessuti normali.

In fine la diagnosi fatta di tumore di milza va corretta col riferire l'aumento di ottusità riscontrato sulla regione splenica, all'ipertrofia compensativa del rene sinistro.

Quì poniamo termine al nostro dire e, per trarre ammaestramento dai nostri errori di diagnosi, conchiudiamo:

I. Che il criterio di statistica va accettato col beneficio dell'inventario.

II. Che a giudicare di un vizio cardiaco congenito bisogna bene raffrontare i diversi periodi di calma e di riacutizzazione dei varii disturbi funzionali.

III. Che anco a tutto ciò che la fisiopatologia insegna deve nel singolo caso darsi un'applicazione relativa e mai assoluta.

BIBLIOGRAFIA ITALIANA

Poichè dei lavori italiani appena qualcuno trovasi ricordato nella letteratura, crediamo opportuno quì raggrupparli nel modo che possiamo più completo.

Folius Caecilius veneto — Galeni ecc. Botallo placita de via sanguinis in corde. Venetiis 1639. « Sanguinis e destro in sinistrum cordis ventriculum defluentis facilis reperta via etc... »,—Botallo Leonardo d'Asti— Vena arteriarum nutrix. Vedi opera omnia. Lugduni Batav. 1660. — Stenosis Nicolai Hafniensis—Embrio monstro affinis Parisiis dissectus— Acta Hafniensa—Ann. 1671-72, Hafniae 1673.—Montalbani Ovidio, Decano del Collegio dei Dottori, Lettore emerito dello Studio di Bologna— Curae analiticiae aliquot naturalium observationum. Bononiae 1671. — Boneto Teofilo—Medicina Septentrionalis. Genova, 1683. Lib. 2, Sez. 19, Cap. 10.—Lanzoni G. Ferrarese—Ephmer. Nat. Cur. Decad. II. Obs. 44.Norimb. 1691——Fantoni—Anat. corp. uman. Suppl. T. 5, 1699 (?).— Vallisnieri Ant. di Scandiano—Opere V. 2 Venezia. 1733.—Bianchi G. B. Prof. in Torino—Storia del mostro di due corpi che nacque sul pavese ecc.. Torino, 1749.—Morgagni G. B.—De sedibus. Epist. varie. Venezia 1761.—Biumi Fr.—Observ. anatomiae. Mediolani, 1765.—Tabarrani Pietro — Lettera anat. II. Atti dell'Accad. delle Scienze di Siena. Appendice al T. III Siena 1767.—Tacconi G.—De morbo, qui lapsum ab excelso loco, et inde ortum terrorem consecutus est. De Bon.

Scient. Instit. Tomo 6°, 1783.—Malacarne Vincenzo Saluzzese—Osservazioni in Chirurgia parte II Torino 1784 con tavola.—Fiorati Girolamo—Insolita posizione dell'aorta e stravagante origine dei suoi primi rami—Saggi dell'Accademia di Padova T. I, 1786 con due tavole.—Penada — Saggio terzo di osserv. Padova 1801.—Borgnoni Giovanni di Fano (Medico a Fossombrone 1806 con tav.—Zannini Paolo, Segretario dell'Ateneo Veneto—Note all'Anatomia Patologica di Matteo Bailla V. I, Venezia 1819.—Rossi Francesco, Medico in Anagni—Descrizione d'un feto mostruoso—Giornale Arcadico, Roma 1820.—Barzellotti Giacomo, prof. a Pisa—Sopra due cuori e due fegati ritrovati in un piccione domestico (Nuovo giornale dei Letterati T. I. Pisa 1822, con tavola). — Pasqualini And. romano—Sulla frequente apertura del forame ovale, Roma 1827.—Vittorini Lod.—L'Osserv. med. di Napoli. Anno IX, 1831.—Folchi Jacobo—Exercitatio pathologica. Rome, 1833 V. 2°.- Zerlotto L. — Annali delle Scienze del Regno Lombardo-Veneto, Padova, 1833. T. 3°—Fanciullo di 5 anni.—Atti e Benfenati—Bullettino delle Scienze Med. V. 7° Bologna, 1833.-Bucci Fr. Pr. a Roma—Notizie dei pezzi patologici del Museo di S. Spirito. Roma, 1835.—Tommasini G.—Sopra un caso di morbo ceruleo. Opere V. 8° Bologna, 1836.—Taddei De Gravina Corrado — Cianosi congenita per anomala inserzione dell' arteria aorta sopra ambi i ventricoli del cuore — Archivio delle Sc. med. toscane Anno I, 1837.—Linoli Odoardo Medico in Pietrasanta— Trasposizione dei visceri (Nuovo giornale dei letterati T. 36, Pisa 1838. — Gorgone—Memorie anatom. fasc. I° Palermo 1826—Corso completo di Anat. descrit. T. IV, Palermo, 1841.— Corticelli Alessandro prof. a Siena—Intorno a due anomalie mostruose— Atti dell'Accad. detta dei Fisiocritici T. 10° Siena 1841.— Locatelli Andrea—Giornale per servire ai progressi della Patologia etc. S. 3ª, T. I, Venezia 1842.—Civinini F.—Indice del Museo d'Anatomia di Pisa. Lucca 1842, p. 123.—Calori Luigi—Iperencefalo umano—Memoria della Società Medico-Chirurgica di Bologna, 1850. — Sul Sistema vascolare d'un mostro umano acardiaco ed anadenolinfemico—Memorie dell'Istituto di Bologna S. 2ª, T. 4°, 1869 (1).—Costetti En. — Relazione d'un polipo rinvenuto nell'arteria pulmonare, Bologna 1845.—Pietrasanta Pros.—Fisiologia patologica della cianosi, Firenze, 1845.—Ramello dott. Biagio - Caso di cianosi, Giornale delle Sc. Med. di Torino, V. 27. Torino, 1846.—Massone G. B. di Genova—Storia di morbo ceruleo da anormale comunicazione delle orecchiette e dei ventricoli del cuore—Giornale delle Scienze Mediche di Torino V. 28, 1847.—Spitta R. J.— Med. Chir. Trans. V. 29. London, 1826. — Annali Un. di Medicina V. 30, Milano, 1848. — Testa Antonio ferrarese—Di alcune forme di malattie proprie di soggetti nei quali il forame ovale rimane aperto fuori delle prime epoche della vita—Mem. letta agli 11 marzo 1813 nella Sezione bolognese del R. Istituto Italiano e pubblicata nel Bollet. della Soc. Med. di Bologna S. 3ª, V. 20, 1851.—Perati—Bullett. de la Soc. Anat. Sr. 2ª, T. 3°, 1858.—Fanciullo cianotico che visse 6 anni. — Pellizzari Giorgio prof. a Firenze—Lo Sperimentale T. II e III. Firenze, 1859. Oss. 2°—Delle Perforazioni delle tramezze del cuore. Lo Sperimentale T. I°, II, Oss. 5°, Firenze, 1859. — Prof. Taruffi C.—Dizionario delle Sc. Med. Milano 1871, p. 25, 35, 539—Bullettino delle Scienze Mediche di Bo-

(1) Mem. dell'Accademia delle Sc. Sr. 2, F. 8—Bologna 1868.

logna S. 5, V. 19, p. 215, 1875—Sulle malattie congenite e sulle anomalie del cuore—Memoria, Bologna Tipi Gamberini e Parmegiani 1875—Preparati del Museo d'Anatomia Patologica dell'univ. di Bologna numeri 215, 282, 809, 2028, 2055, 2056, 2057. — Oehel Eusebio, prof. a Pavia—Sulla persistenza dell'aorta destra nell' uomo. Wien. 1858.—Venturoli M.—Bullett. delle Sc. Med. Bologna 1858 S. 4, V. 10.—Cortese prof. Cav. Francesco, medico divisionale in Alessandria—Storia di un bambino vivente con ectopia congenita mediana del cuore. Gaz. degli Osped. di Genova 1859. Anno III. Giorn. di Medic. Milit. Torino 1859 an. VII.—Tommasi Crudeli C.—Rivista Clinica di Bologna 1868.—Lombardini Luigi prof. a Pisa—Intorno alla genesi delle forme organiche irregolari negli uccelli e nei batrachidi, Pisa 1868. — Canestrini G. e Generali G.--Sopra un cuore anormale del gallo domestico (Annuario della Società dei Naturalisti, anno VI Modena, 1869 con due figure).—Prof Cantani Arnaldo—Sviluppo difettoso dell'aorta ascendente. Apertura del condotto di Botallo. Apertura o mancanza del setto interventricolare. Cianosi. Il Morgagni, 1870, riprodotto nella Gazzetta degli Ospitali N. 56. 57 anno XIV, 1893.—Brunetti Lod. Prof. a Padova—Due casi di trasposizione laterale completa etc. Osservazione 1ª Padova, 1872. - Zoja Giovanni prof. d'Anatomia a Pavia—Rendiconti del R. Istituto Lombardo V. 5, fasc. 12, 1872.—Calderini G. Dirett. dell'Istituto ostetrico di Parma—Illustrazione d'un feto umano mostruoso. Giornale della R. Accadem. di Med. di Torino S. 3ª, V. 16 Torino, 1874. Prof. Orsi Citato dal Parona 1875-76. — Dott. Franc. Gatti — Caso di Congenita stenosi gravissimo dell'art. polmon. con persistenza del forame ovale ed apertura del setto dei ventricoli. Annali universali di Med. e Chir. Vol. 235 fasc. 706, 1876.—Prof. Augusto Murri—Sulla diagnosi di apertura nel setto interventricolare, etc., Lo Sperimentale anno XXXI, 1877, Firenze. — Dott. Ernesto Parona— Cuor di Chelonio in persona adulta, nota anatomica. Gazzetta medica italiana, S. 8ª, T. III, 1877—Di una molteplice alterazione di prima formazione del cuore, nota anatomica. Annali universali di Medicina V. 249 Milano, Fratelli Rechiedei Ed. 1879.—B. Graziadei.—Sulla cianosi intensa, a proposito di un vizio del cuore sinistro. Gazz. degli Ospitali N. 6, 9, 1882.— Durand e Costa—Un caso di vizio di conformazione del cuore. Riv. degli Osped. di Genova, 1822.—Lombardini—Gazzetta degli Ospedali N. 83, 84, 1883 Sulla patogenesi della cianosi. Sperimentale an. 38, 1884.—Martinotti e Sperino—Arch. Ital. di Biol. VI, 1885.—Martinotti—Gazzetta delle Cliniche 1886.—Maragliano prof. E. — Insufficienza della valvola mitrale. Cianosi persistente. Riforma medica anno II, N. 57, 1886.—Prof. N. De Dominicis—Sopra un caso di morbo azzurro. Bollettino delle cliniche 30 settembre 1890.—Dott. G. Matarazzo—Un caso di cardiopatia congenita. Gazzetta degli Ospitali N. 61, 1892.

SOPRA UN CASO DI PERITONITE TUBERCOLARE CURATO FELICEMENTE CON LA LAPAROTOMIA

Nota clinica

del Dott. **CARMELO GUSTINELLI**
Assistente nell'Ospedale dei Bambini Meyer.

Quantunque la cura della peritonite tubercolare con la laparotomia, sia di sovente stata seguita da felici risultati, tanto da essere oggidì il più delle volte preferita con fondamento alla cura medica, tuttavia di particolare interesse è ogni caso nuovo di applicazione, anche se per questo, come nel caso che esporrò, non sia trascorso il tempo richiesto per essere sicuri di non avere recidiva, come stabilì il Koenig.

Infatti, dallo Spencer Well che nel 1862 per primo eseguiva una laparotomia per peritonite, all'Aldibert (1) che ne riferiva 322 casi, ponendo su essi il fondamento di una classica divisione delle varie forme di peritonite tubercolare, numerosi esempi ne addita la letteratura: esempi istruttivi come incoraggianti a quest'atto operatorio.

E pur variando la statistica di guarigione a norma delle varie forme anatomo-patologiche di peritonite tubercolare, come osserva l'Aldibert, rimane tuttavia il fatto, che la guarigione si è avuta nel 65 0[0 dei casi, e la peritonite tubercolare infantile, secondo uno studio del detto autore (2), ha dato anche il 91 0[0 di casi guariti, di cui 1[4 lo sono definitivamente.

Il caso seguente fu da me osservato nell'Ospedale Meyer, durante il mio assistentato sotto la direzione del Prof. Celoni, che or son pochi mesi pubblicava nell'Archivio Italiano di Pediatria un'altro caso analogo seguito da guarigione da lui raccolto qualche tempo avanti in questo Ospedale stesso.

Eccone brevemente la storia:

« Biannucci Liberata di anni 7 di Firenze, viene ammessa il giorno 19 « gennaio 1893. È pallida, denutrita; la circonferenza del torace è di 54 « cm., quella dell'addome 56 cm. Ha poco appetito e nelle funzioni ven- « trali è stittica. L' esame del sangue non ci rivela alcun aumento nei « globuli bianchi. Dall'anamnesi risulta che la bambina nel Maggio 1892 « fu malata per un mese e mezzo di febbre tifoidea. Indi pare che fosse « affetta da morbillo. Nella convalescenza non riprese completamente le

(1) Centralblatt für Chir. 1886. N. 6—1890.
(2) Aldibert. De la Laparotomie chez les enfants. Steinkel Paris, 1892.

« forze, ed accusava debolezza estrema, insieme a dolorabilità di ventre. « Nel mese di novembre dello stesso anno, si accorsero che il ventre era « enfiato enormemente e più dolente di prima. Un medico che la visitò « le prescrisse delle pennellature di tintura di iodio, impacchi di camo- « milla, insieme a bagni di sale di Castrocaro. Pare che in detto periodo « avesse anche febbri vespertine con sudori notturni; però dice di non « avere mai avuto tosse, e quanto al ventre di avere sempre evacuato « regolarmente. Nulla di notevole nel gentilizio.

Esame Obbiettivo.

« Ai lati del collo si ode un rumore di trottola, l'impulso del cuore è « visibile nel 4° spazio intercostale di sinistra all'indentro del capezzolo. « I toni sono netti. Milza con area di ottusità di 8 cm. e 1[2 di lun- « ghezza e 7 di larghezza. L'ottusità epatica misura sulla linea mediana « 6 cm. 1[2; sulla linea mammillare 9 cm. (dalla 5ª costola all'orlo con- « drale); sulla linea ascellare media 10 cm. Il ventre dà le misure se- « guenti: Sulla linea ombelicale trasversa 57 centimetri, sulla linea so- « pra iliaca 51 cent., sulla linea xifo-ombelicale 15 cm.; sulla linea on- « falopubica 10 cent. Percuotendo sulla linea mediana del ventre, notasi « un ottusità marcata verso l'ombelico, sull' emiclavicolare destra a due « dita trasverse sotto l'arco costale; lo stesso sulla linea emiclavicolare « sinistra. Pure ottusità si ha nel resto del ventre, la quale sparisce nella « regione colica destra, facendo giacere la malata sul fianco sinistro.

« Alla palpazione il ventre non è dolente, e sembra di percepire ai « lati un senso di fluttuazione. Ascoltando sul torace, nulla di anormale; « qualche rantolo mucoso in basso a destra. Le orine contengono molti « urati, ma sono libere dall' albumina. Il peso della bambina al 27 gen- « naio è di Kgr. 14,340; la temperatura serale il dì 21 gennaio fu di « 38°; poi oscillò fra 37,7 e 37,9, sino al giorno 27 in cui fu eseguita « l'operazione, come poi diremo.

L'attenzione nostra nel presente caso veniva rivolta ad un affezione cronica tubercolare del peritoneo: ma non avendosi il quadro tipico della peritonite tubercolare infantile quale lo descrive il Baginsky (1), si poteva anche pensare ad una peritonite primaria spesso consecutiva a morbillo, come insegna l'Henoch.

Tuttavia l'emaciamento notevole della bambina, il pallore dei tegumenti, qualche rantolo al petto, e le febbricole vespertine notate, facevano propendere la diagnosi per la forma tubercolare.

Ammessa la peritonite tubercolare nel nostro caso, era chiaro che poco o punto potevasi sperare dalle cure mediche, e che l'unica risorsa sarebbe stata un operazione chirurgica, fosse essa pure da limitarsi ad una puntura semplice per estrarre il liquido, ovvero al classico processo della laparotomia.

Il Riva, clinico di Parma, in una memoria (2), proponeva in simili casi il suo metodo della lavatura apneumatica eseguibile

(1) Lehrbuch der Kinderkrankh. von dott. Adolf Baginsky. Berlin, 1889.
(2) Riv. Clin. Archiv. Ital. di Clin. Med. P. 1. 1892.

con il suo aspiratore-lavatore, dicendo essere questo un utilissimo metodo da preferirsi alla laparotomia.

Ma oltrechè in simili casi si era sempre trattato di una forma ascitica di peritonite tubercolare, mentre nel nostro caso era da pensare piuttosto, per la presenza di poco liquido costatabile, ad una di quelle forme croniche suppurate con aderenze, era chiaro che, alla puntura e lavatura sopradetta, era preferibile la laparotomia. E per questa, tutto deponeva in favore; un caso analogo avuto un anno prima e curato felicemente in tal modo, e la statistica dei numerosi casi di guarigione che recentemente la letteratura pubblicava.

Senza adunque una lunga discussione fu decisa la laparotomia, e disposto tutto per quest' atto operatorio che ebbe luogo il 27 gennaio.

Eccone brevemente la descrizione:

Sotto la direzione dell' egregio Dott. Sacchi, chirurgo primario in questo Ospedale, feci un accurata disinfezione della regione, indi a sinistra della cicatrice ombelicale per la lunghezza di circa 15 centimetri, praticammo una incisione mediana, e procedendo a strati, giungemmo fino alla sierosa peritoneale. Questa fu trovata disseminata da numerosi tubercoli ed adesa in parte agli intestini sottostanti.

Incidendola con grande precauzione, a causa delle sopradette aderenze, fu esplorato il peritoneo per tutto quello spazio che era possibile, ma con grande sorpresa si trovò pochissimo liquido, in molto minor quantità che al di fuori non apparisse; tantochè convenimmo, il senso percepito di fluttuazione essere dovuto ad una specie di pastosità data dalle anse intestinali ricoperte da essudato. Non potendosi evidentemente spostare in massa gli intestini per fare una vasta toelette peritoueale, ci limitammo ad eseguire un lavaggio protratto in tutto quello spazio cui fu possibile accedere, con una soluzione calda di sublimato all'1 per 2000. Poi dopo avere zaffato con garza iodoformica, fu eseguita una sutura a strati dei diversi piani dell'addome, onde prevenire gli sventramenti.

Il tutto fu coperto con medicatura adatta, e perfettamente asettica.

La malata ebbe vomito successivamente per tutta la notte, la sera dell'operazione la temperatura segnò 37,6, e nei giorni seguenti diede queste cifre:

		Mattina		Sera
Gennaio	28	37,7°	. . . .	38,3
»	29	37,7°	. . . .	38
»	30	37,4	. . . .	38
»	31	37	. . . .	37,7
Febbraio	1	36,7	. . . .	36,7

Le pulsazioni nei giorni precedenti erano circa 130, e le respirazioni 40. Col diminuire della temperatura, diminuirono anche esse di frequenza, sino a che si ebbero le condizioni di completa apiressia, che si mantennero per tutti i giorni seguenti. Il 5 febbraio la malata cominciò ad alzarsi e camminare bene. La prima medicatura fatta circa 8 giorni dopo l'operazione, rivelò una cicatrice di 1ª intenzione, estesa a tutta la linea

della ferita suturata. Il 21 febbraio fu ripesata la bambina e fu trovato essere kgr. 13,740.

I diametri del ventre erano questi:

Linea	ombellicale trasversa . . .	cm.	48
»	sottocondrale	cm.	51
»	soprailiaca	cm.	48
»	xifo-ombellicale	cm.	14
»	onfalo-pubica	cm.	9

Si ebbe cioè in tal modo una riduzione delle misure precedenti; anche nelle parti più declivi del ventre esisteva alla percussione un suono chiaro, timpanitico. Messa a nudo in questo giorno la ferita, si rilevò essere completamente cicatrizzata, eccetto un punto di sutura superficiale.

In tali condizioni la malata lascia l'Ospedale il dì 22 febbraio, avendo normali le funzioni digerenti, buono l'aspetto, discreta la nutrizione. Tanto la tumidezza come la dolorabilità del ventre sono scomparse.

Or son pochi giorni rivedendo la malata Bianucci, trovai che le stesse condizioni permanevano, e che sinora non avevasi neppure un' accenno lontano di recidiva.

Quantunque nel caso da me riferito non sia trascorso un tempo bastante per considerarlo come definitivo rapporto alla completa guarigione, tuttavia la rilevante differenza fra i sintomi precedenti all' operazione, ed il miglioramento successivo avuto, con riduzione dei diametri del ventre, con caduta del movimento febbrile, specie non essendovi palesi localizzazioni negli organi del respiro, le quali del resto migliorano in seguito alla operazione, ci fa sperare sia questo un caso da annoverarsi fra i guariti.

È cosa certa che in esso non avendosi la forma ascitica, ma una forma cronica suppurata di peritonite tubercolare, se seguì colla laparotomia un miglioramento, questo non poteva dipendere dalla sottrazione del liquido del resto scarsissimo, ma da una modificazione più profonda della nutrizione del peritoneo. Quanto alla patogenesi di simili forme giova menzionare che l'Alt medico di Vienna oltre al bacillo di Koch, rinvenne il *bacterium coli* e varie forme di streptococchi (1).

Il Ceccherelli di Parma che nel 1892 presentava 9 casi di peritonite curata felicemente con la laparotomia, tra cui 7 con esito definitivo, si trovò a dovere eseguire sullo stesso individuo una seconda laparotomia.

Keetly (citato dall'Aldibert) perfino tre volte aprì la cavità peritoneale in un altro individuo.

Orbene ambedue trovarono il peritoneo divenuto liscio, ed in esso i tubercoli superficiali scomparsi permanendo solo quelli profondi, ma in via d'involuzione per tessuto fibroso di vegetazione.

(1) Società dei medici di Vienna. Seduta 5 Feb. 1892.

Questo cambiamento di aspetto e di lesioni anatomiche fu trovato anche da chi molto tempo dopo l'operazione assistè alla necroscopia di tali individui, e lo confermarono fra gli altri il RICHELOT (1) ed il RIVA.

Sebbene l'HENOCH (2) faccia quistione, se tutti i casi di peritonite guarita con la laparotomia sieno di natura tubercolare, certo è che o s'inizi il processo di trasformazione fibrosa dal centro, o dalla periferia del tubercolo, questo fu trovato nei casi surriferiti modificato nella sua struttura. Fu pure rinvenuta una dilatazione dei vasi profondi del peritoneo con maggiore accumulo di cellule nei dintorni vasali.

Come la laparotomia nella peritonite tubercolare porti ad una tale trasformazione, questo è quanto finora rimase insoluto. O si creda col COLLIER che vengano a sottrarsi colla laparotomia quei liquidi favorevoli alla cultura dei bacilli; col CAMERON che vengano tolte le ptomaine assorbibili; ovvero con altri che l'esporre il peritoneo all'aria a temperatura inferiore a quella del corpo basti a portare in via riflessa sul circolo un tale cambiamento nella funzionalità del peritoneo, da ajutare la trasformazione fibrosa del tubercolo, la quistione rimane sempre indecisa.

Tuttavia il caso da noi riferito, in cui non si trattava di una forma ascitica di peritonite tubercolare, ma di una forma suppurativa con aderenze, renderebbe fra le tante più probabile un ipotesi formulata dal CECCHERELLI, che cioè:

L'*essenza curativa* della *laparotomia* nella *peritonite consista in gran parte nel lavaggio, il quale fatto con un liquido irritante, può modificare il peritoneo in via reattiva.*

Anche il RIVA di Parma (3) giudicò, applicandolo alla sua lavatura apneumatica, l'utilità maggiore del lavaggio di fronte al vuotamento dell'essudato ; solo ritenne come un coefficiente di utilità, non tanto l'irritazione apportata dal liquido, quanto una azione endosmotica fra i capillari dei tessuti ed il liquido di lavatura.

In ogni modo rimane per ora il fatto ben costatato di peritoniti tubercolari guarite colla laparotomia ; ulteriori studii dimostreranno, se ciò dipenda da sottrazione dell'albumina di cultura; da mutate condizioni meccaniche; ovvero da azione biochimica del liquido di lavaggio.

Ho voluto riferire il caso clinico sopradetto:

1° Perchè mi è sembrato di qualche importanza sia per la storia clinica, che per il decorso ulteriore all'operazione;

(1) Società Chir. 13 aprile 1892.
(2) Deutsche Med. Wochen. M. 1. 1892.
(3) Archiv. It. di Clin. Med. Parte Iª 1892.

2° Perchè, sebbene di data recente, spero possa essere, in vista delle sopradette considerazioni, un contributo alla curabilità della peritonite tubercolare per mezzo della laparotomia.

Nel terminare questa nota clinica sento il bisogno di porgere vivi ringraziamenti al Dott. Sacchi, ed all'egregio Prof. Celoni che gentilmente acconsentiva a che io pubblicassi questo caso insieme a lui osservato nello spedale pediatrico Meyer.

Firenze, 7 Giugno 1893.

SU DI UN CASO DI CISTICERCO DELLA PELLE IN UNA BAMBINA DI DIECI ANNI

per il Dott. DEMETRIO GALATTI

Già medico dell'Ospedale dei Bambini nel II. Distretto di Vienna.

Pria di accingermi a descrivere questo caso abbastanza raro nella casuistica dei cisticerchi, credo non fuor di proposito accennare per sommi capi la genesi di questo parassita.

Il cisticerco è la forma giovanile e priva di sesso di quelle cistitenie nelle quali dalla vescica embrionale si forma il verme stesso. Le ultime proglottidi della tenia che contengono uova fecondate, e quindi mature, si distaccano di tanto in tanto e vengono evacuate dall'animale che alberga il parassita. La maggior parte di queste uova deperiscono; ma, dato il caso che vengano insieme al pasto immesse nello stomaco di qualche animale atto allo sviluppo del parassita, esse penetrano nell'intestino, ove, perdendo la loro membrana d'inviluppo, perchè attaccata e distrutta dal succo gastrico, l'embrione emigra, attraverso le pareti del tubo digestivo, nella circolazione, e va a deporsi in qualche regione del sistema capillare, ove poi sviluppasi il cisticerco.

Ora, se il cisticerco penetra insieme a sostanze alimentari nel canale digerente dell'uomo (o di altro animale) la sua capsula connettivale d'inviluppo viene distrutta dal succo gastrico dando luogo allo scolice, dal quale poi prendono origine le proglottidi.

Il cisticerco della Taenia solium porta il nome di *Cysticercus cellulosae*. Esso si rinviene nel perimisio, nel tessuto connettivo intramuscolare, nel tessuto sottocutaneo, nel cervello, nelle meningi, nell'occhio, nel cuore e nel fegato e raramente nelle ossa dell'uomo, producendo sintomi più o meno gravi, e talvolta anche la morte dell'animale che lo ospita.

Non crediamo perciò inutile il premettere alla esposizione del caso nostro alcuni brevi cenni intorno alla etiologia di questa infermità, anche per dedurne più agevolmente i mezzi profilattici.

Attenendoci agli studii esperiti da valenti elmintologi, non vi ha dubbio che in tutti i casi l'infezione derivi dalle uova rejette dagli individui affetti dal verme. Queste uova, invisibili ad occhio nudo, trovansi o nelle vicinanze dell'individuo che è affetto dal verme, oppure nell'immondizie. Vengono poi importate nell'organismo o mediante l'acqua potabile od anche mediante cibi vegetali, talvolta anche dalle mani, alle quali possono attaccarsi. È naturale perciò che la mancanza di pulizia, il coabitare di più persone in abitazioni ristrette sono tutte condizioni che favoriscono l'infezione; da ciò si spiega perchè il cisticerco sia più comune nelle classi indigenti.

È inoltre possibile che l'individuo venga infettato dalle proprie proglottidi, le quali evacuate inconscientemente durante il sonno possono essere trasportate facilmente dalle mani alla bocca. Questa cosidetta autoinfezione è una causa eziologica preponderante. Graefe trovò in 80 casi di cisticerco dell'occhio sei casi nei quali egli potè constatare l'esistenza di tenia, nella maggioranza poi degli altri casi soffrivano di tenia i coabitanti.

Non ci dilungheremo a parlare d'un altro modo di autoinfezione, vale a dire quando l'infezione avviene dal tubo intestinale, cioè nel caso, alquanto raro, che le uova abbandonino le proglottidi entro l'intestino stesso.

La frequenza dell'infezione mediante il cisticerco non è puranco stabilita dalla statistica. Secondo Slick il cisticerco si trova più frequentemente nei muscoli compreso il cuore. Secondo Leuckhard la gradazione sarebbe la seguente: tessuto connettivo, cervello, occhio, cuore, polmone, fegato, vene, glandole. In quanto al cisticerco della pelle, Lewin che nel 1875 pubblicò sul proposito una pregevole memoria, lo ha constatato fra 4000 individui 9 volte.

I cisticerchi della pelle presentansi quali tumori rotondi o leggermente appiattiti, e raggiungono la grandezza di una noce avellana. Generalmente sono insensibili a qualunque pressione offrendo al tatto una resistenza cartilaginea, essendo poi sino ad un certo grado spostabili. Si possono scambiare facilmente con glandole tumefatte e la diagnosi è certa soltantò dopo averne fatto l'estirpazione. Di poi offresi allo sguardo una vescichetta bianca appannata, la quale al taglio lascia scorrere un fluido limpido, e nell'interno della medesima scorgesi la testa del cisticerco, la quale si palesa già all'esterno, mediante una leggera pressione alla osservazione microscopica; la stessa mostra talvolta movimenti vivaci.

Esposti questi cenni preliminari, vengo al fatto concreto che mi perito di riportare qui con la seguente osservazione.

Osservazione.

Giovanna K. dell' età di anni 10. Prescindendo dal morbillo, sofferto nell'età di due anni, è stata sempre sana.

Quattro settimane fa essa osservò una piccola gonfiezza nelle vicinanze dell' ombelico che di giorno in giorno diveniva più grande cagionando pure dei dolori. Siccome questi, secondo quanto lei affermava, aumentavano e contemporaneamente diminuiva l'appetito, venne a consultarmi.

La bambina mostra uno sviluppo normale, ha buona cera, malgrado appartenga ad una famiglia bisognosa, il vitto della quale consisteva in legumi, pane e burro. L' esame di tutti gli organi nulla mostra d' anormale.

Due dita al di su dell' ombelico, verso destra, apparisce un tumore facilmente spostabile, della grandezza di una noce, di consistenza cartilaginea, il quale si trova fra pelle e strato muscolare. Al tatto si offre leggermente doloroso. Mi astenni la prima volta di fare una diagnosi, in tal caso alquanto difficile; prescrissi un unguento all' iodio; ma la malata mi capitò dopo alcuni giorni esternando il desiderio di estirparle il tumore.

Io mi decisi a fare l' operazione ch' era di poco momento e la eseguî facendo un taglio longitudinale di 4 cm., cucendo i margini del taglio con quattro punti di sutura staccata, fasciandola al iodoformio.

Il tumore estirpato era mucillaginoso. L' esame microscopico dimostrò che si trattava di un cisticerco. Dopo otto giorni levai la sutura, e la bambina, ch' era pienamente ristabilita e non si lamentava di nulla, non ritornò più alla mia consultazione.

Dalla brevissima storia tratta dalle mie annotazioni vedesi quanto difficile sia la diagnosi del cisticerco della pelle, potendosi scambiare questo tumore parassitario con un ateroma, o lipoma, fibroma, encondroma, neuroma, carcinoma, gomma sifilitica, ghiandole indolenti, o con un mollusco.

Generalmente questi tumori non sono dolorosi. Eccezionalmente nascono dei dolori del genere dei reumatici, oppure producono delle parestesie cagionate dalla pressione del cisticerco sopra un nervo.

Questi tumori si sviluppano nel termine di circa due mesi, talvolta vegetano sino a 2, 3 e sei anni per finire in calcificazione.

Nel nostro caso la prognosi era favorevole dacchè si trattava d'*un solo* cisticerco della pelle. Altrimenti se ve ne sono in maggior quantità; dovendosi allora supporre che un individuo infetto da più cisticerchi non solo soffre nel suo benessere generale ma potrebbe darsi che vi sieno dei cisticerchi latenti in organi più nobili.

Quanto riguarda la terapia c'è poco d'aggiungere. Un mezzo terapeutico atto a distruggere il parassita non esiste.

L'acido picrico consigliato da alcuni non ha riportato sinora nessun profitto; dobbiamo quindi rivolgerci alla chirurgia facen-

done l'estirpazione. Più che dalla terapia si può attendere dalla profilassi; si badi sopratutto alla pulizia della cucina, dalla quale devono tenersi lontani i cani e le altre bestie domestiche—ugualmente se un membro della famiglia è affetto da tenia deve essere sottoposto alla cura del medico.

Poi si dovrebbero popolarizzare da persone adatte, medici e zoologi, le nozioni sui parassiti nelle scuole comunali e nei licei.

In generale si sorvegli l'igiene nelle case e nei mercati.

In questo modo soltanto verranno d'anno in anno scemati i casi di cisticerco, come diminuì la Trichinosi in molte contrade della Germania dove da appositi istituti igienici vengono esaminate le carni suine.

UNA SEMPLICE NOTA TERAPICA SUL CATARRO INTESTINALE DEI POPPANTI

pei Dottori C. PAVONE e C. RUSSO.

Non vi dispiaccia, egregi colleghi, dare ascolto ad una modesta *nota terapica,* la quale speriamo non sia per riuscire, fra tanto accordo di lavori scientifici, una stuonatura, « un oboe fuori di chiave ».

Già tutti Voi intendete benissimo che il grande e supremo objettivo, l'alta finalità delle mediche discipline è la cura, e per mezzo di essa la possibile guarigione degli ammalati, e consentite che, prescindendone, l'arte nostra sarebbe futile ed oziosa, la nostra Accademia diverrebbe un'Arcadia.

Il medico che presta l'opera sua ai bambini, il Pediatra, rimane spesso colpito dal gran numero di malati e di morti che certe infermità adducono nella loro classe. Ma nessuna fra le malattie che travagliano l'infanzia, miete tra i poppanti tante vittime quante il *catarro intestinale*, la *diarrea infantile.* Risulta infatti dalle statistiche di diversi Autori e di Paesi diversi, che la detta infermità occupa il sommo della scala, il posto di onore della mortalità infantile; la quale poi, bisogna confessarlo con dolore, raggiunge il suo *maximum* in Italia.

Se nella pratica privata ci spiace il frequente ricorso di tal morbo ch'è cagione di tanto lutto alle famiglie, nella pratica ospitaliera dei Brefotrofî, ove nella state assume quasi un carattere epidemico e fa annualmente una strage d'innocenti, lo spettacolo di essi è il più desolante che mai. E la posizione del medico dinanzi a questo morbo è il più delle volte dura ed imbarazzante: egli non è in grado di applicare la cura più razionale

e più efficace ad un tempo, cioè la cura *etiologica* col rimuoverne la causa produttrice e sostenitrice, ma è, in quella vece, costretto a limitarsi alla sola cura del *processo* e suoi *sintomi*, ad attenuare cioè semplicemente gli effetti della causa morbosa.

Ora ciascun di noi sa dolorosamente per prova che uno degli effetti più comuni e più sinistri del catarro, la *diarrea infantile*, è, spesse fiate, indomabile e che tutt' i compensi dell'arte tornano vani ad impedirne l' esito letale, la morte del piccolo bambino.

I rimedî che si sono consigliaii ed usati raggiungono già una grossa cifra e dal gran numero si può dedurre che nessuno di essi possiede e, forse, non potrà possedere un' azione certa e sicura. Impressionati di ciò, noi nella estate ultima decorsa abbiamo praticato all'uopo una serie di esperimenti terapici nella 1ª sala della Clinica pediatrica dell' Annunziata ed eccovene, ora, in riassunto, il risultato.

1. Innanzi tutto vi riferiamo che, avendo proseguito gli esperimenti terapeutici sulla *diarrea verde* già cominciati anni dietro, come uno di noi ebbe a ragguagliarvene nel 1º Congresso Pediatrico di Roma, abbiamo fra diversi altri rimedii trovata utilissima la *naftalina* somministrandola, per epicrasi, in soluzione, alla dose di 25-30-40 sino a 50 centigrammi al giorno su 100,150 grammi di acqua edulcherata ed aromatizzata con qualche essenza. Essa ci ha corrisposto molto bene sia nell'ospedale sia nella pratica privata, in tutti i casi ne' quali è stata da noi adoperata; e, per controllarne meglio l'effetto, in alcuni bambini della sala, sospesa la somministrazione della *naftalina*, abbiam visto ricomparire nelle feci il colorito verdastro, che alla sua volta è scomparso di nuovo dopo la ripresa del rimedio. L'uso della naftalina nelle affezioni intestinali degli adulti ed anco dei bambini non è punto una novità; nè noi, adesso, ve la presentiamo quale uno specifico della *diarrea verde* come si pretese di fare per l'*acido lattico*, ma solo quale un mezzo che può combattere la detta diarrea, accidente tanto frequente e specioso del catarro gastro-intestinale dei poppanti.

2. Ma i nostri sforzi sono stati diretti specialmente contro il *catarro intestinale estivo dei poppanti* e contro la micidialissima *sciolta sierosa* che n' è la immancabile conseguenza. Per quanto l'ambiente nel quale abbiamo sperimentato non sia -- e s' intende di leggieri— molto favorevole al buon esito degli esperimenti, pure possiamo esserne soddisfatti.

In un numeroso gruppo di casi abbiamo usato per *bevanda epicratica* una miscela di *timolo* e *resorcina* nella proporzione di 25 centigr. dell'uno e 50 centigr. dell'altra per 100 di acqua

distillata, preparata appositamente e fornitaci da un distinto chimico farmacista di questa città, il D'Emilio, e ne abbiamo ottenuto un positivo vantaggio, che ben ci autorizza a consigliarne e raccomandarne l'impiego in simili riscontri.

Quando le scariche alvine erano molto fluide ed abbondanti, ci abbiamo aggiunto, anche con profitto, dell'allume.

In un altro gruppo abbiamo voluto sperimentare un nuovo antisettico, il *lysolo*. Il lysolo non è già un antisettico o rimedio nuovo nella pratica, per quanto di recente data: esso è stato adoperato nell'antisepsi chirurgica, specialmente da Szumann, per la disinfezione delle ferite e cavità del corpo, con ottimo risultato e senza il menomo inconveniente di sorta.

Se il catarro estivo dei poppanti si ritiene oggi una infezione locale, prodotta da germi patogeni del latte alterato, o da germi estranei capitati per mezzo di esso o per altro modo nel tubo gastro-enterico, perchè non fare il tentativo di un'*antisepsi medica* di questo canale mediante qualche antisettico che alla proprietà più o meno microbicida accoppî quella di essere innocuo all'organismo?

Questa idea c'indusse a sperimentare il lysolo, che abbiamo apprestato ai bambini ammalati per la *via della bocca* e per *quella del retto*, e talora per l'una e l'altra ad un tempo. Siccome a principio non ne conoscevamo la precisa tolleranza nell'organismo infantile, così siamo stati molto cauti nelle dosi cominciando per l'uso interno da 5-6 gocce ed aumentandole sino a 10 in 100 gram. di acqua distillata con l'aggiunta di qualche acqua aromatica od essenza p. c. di menta (2-3 goc.).

La pozione si somministrerà per epicrasi, un cucchiarino da caffè la volta, meglio prima che dopo il succhiamento.—Per la via del retto siamo stati un po più larghi, impiegandone mezzo gram. ad 1 gram., in circa 200 gram. di acqua distillata, e facendone fare 4 clisteri al giorno. Bisogna avvertire di adoperare sempre, specie per la via della bocca, l'acqua distillata, perchè nell'acqua comune il lysolo fa addivenire il liquido torbido e lattiginoso.

Comunque gli esperimenti col lysolo non fossero molto numerosi, pure il risultato è stato soddisfacente. In seguito della sua somministrazione, abbiamo visto modificarsi in meglio, più o meno subito, i sintomi del catarro enterico e sopratutto il più ribelle ed inquietante di essi, la *diarrea*, la quale si è cambiata per *quantità* e *qualità* sino a scomparire. Ricordiamo, tra gli altri casi di guarigione, od almeno di notevolissimo miglioramento, quello di un bambino di circa 1 anno (culla 27) il quale era travagliato e ridotto in pochi giorni a mal partito da una sciolta

sierosa frequentissima ed ostinatissima ad ogni compenso: ebbene bastarono non più che 4 soli clisteri di lysolo perchè codesta sciolta si arrestasse ed il povero bambino, che uscì poscia guarito dalla sala, venisse liberato da un imminente pericolo.

Eccovi, senz'altro, la nostra modesta nota terapica. Se voi la confermerete coi vostri esperimenti, ne saremo ben lieti, non per noi, ma per i nostri piccoli infermi.

L'OSPEDALE DEI BAMBINI DI CREMONA
diretto dal Dott. U. BONADEI
NEL SUO DODICESIMO ANNIVERSARIO

per il Dott. **FELICE CELLI**, Primo medico aggiunto.

In un corridoio dell' Esposizione didattica, tenuta nel settembre 1880 in Cremona, colpivano la vista del visitatore alcuni modelli di bambini ornati di vesticciuole cilestri, sotto le quali apparivano gambine contorte abbracciate a sostegno da apparecchi semplici ed eleganti, che avresti detto impedissero il libero cammino a quei poveri piedini di fanciullo cui invece l' artista avea con gentile pensiero foggiato il viso ad un sorriso quasi di gioia. Erano le rappresentanze inanimate dei nostri Asili di Infanzia, presso i quali l'egregio dott. Cav.° Ulisse Bonadei già da qualche tempo aveva iniziato di sua volontà la cura ortopedica in bambini contorti dalla rachitide, applicandovi alcuni suoi speciali apparecchi, che per la economia, semplicità ed utile pratico gareggiano, se non superano, i comuni fin qui usati in ortopedia. Innanzi a quei modellini si fermavano quasi addolorati tanti babbi e tante signore ammirando la provvida scienza combattente fino dall'età prima la matrigna natura e forse quelle dolorose impressioni formarono il primo desiderio di tante nostre protettrici per l' impianto del novello Istituto.

Io stesso, ricordo, provai in quei giorni una speciale attrattiva a quella parte di Chirurgia tutta Italiana e strinsi di cuore la mano all'esimio mio direttore Cav. Bonadei che mi offriva di coadiuvarlo in uno degli Asili della nostra città.

Le lodi e le ammirazioni pubbliche e private, corse in quella circostanza all'indirizzo di Lui, lo spinsero sempre più a perseverare ne' suoi tentativi e a mettere in atto ciò che col pensiero già da tempo sognava, l' impianto cioè di una scuola speciale pei Rachitici raccogliendoli dagli asili ove erano sparsi e spesso rejetti.

Ai 24 febbraio 1881 il dott. BONADEI teneva un discorso in una delle sale della Società Patriottrica per dimostrare, con argomenti inconfutabili, l'importanza di tale istituzione, reclamata dall' umanità e dalla scienza. « Siffatta istituzione (così Egli esprimevasi) è tanto maggiormente reclamata quando si pensa che le porte dei nostri Ospedali sono aperte a tutti gli ammalati adulti d'ambo i sessi, perfino a coloro che sono affetti da malattie che non è decente nominare, e sono invece ermeticamente sigillate pei poveri bambini malati, al disotto dei sette anni ; quando si pensa che metà di essi in Italia muoiono prima di arrivare al settimo anno, perchè accanto alle loro culle siedono la miseria, l'ignoranza, e la superstizione; quando si pensa che un terzo del contingente dei malati è dato dai bambini ; quando , infine , si pensa che nella cura di quei piccoli esseri sta la salute degli adulti. . . . . ». La beneficenza e la gentilezza cittadina, non mai sorde all'appello del bene, sorsero in breve compatte ed unanimi a coltivare l'idea umanitaria e molte gentili signore della nostra città, con nobile pensiero, ponevano la base a questa Scuola promovendo una elegante serata di ballo quasi ad augurio di lieta vita per il futuro Istituto. Il non tenue frutto di quella serata fu infatti la chiamata a raccolta di un numeroso stuolo di cittadini che riuniti da un intento comune deliberavano l'impianto di una Scuola pei fanciulli Rachitici, donando ad un Comitatp promotore il mandato di effettuarne la nascita. E, con una alacrità e perseveranza non comune, il Comitato eletto iniziò e promosse sottoscrizioni ed appoggi e in meno di quattro mesi compiendo il suo alto mandato presentava orgoglioso e lieto un umile ma elegante ricovero che la benemerita Congregazione di Carità con nobilissima idea offriva spontanea alla cittadinanza. La nuova Amministrazione composta dei signori: Avvocati BARBIERI, POZZI, RICCARDO, CAZZANIGA, Ingegnere FRANCESCO FRUGONI e Dott. GIOVANNI DALONIO, con attività veramente febbrile attese all'allestimento dei locali, rendendo loro la luce e l'aria mancanti, sollecitò l'appoggio tutelare di buon numero di Ispettrici e il dì 15 di Ottobre del 1881 inaugurava con semplice e festevole solennità l'apertura dell'Istituto dei Rachitici in Cremona dove venne accolto un umile drappello di dodici fanciulletti infelici, dal volto pallido e macilento, dalle occhiaie infossate, dalle gambe contorte e deboluccie, cui l'umile vesticciuola cilestre riuniva in sorte comune sotto la protezione della beneficenza e della inesauribile carità della nostra Cremona.

Da quel giorno furono consegnati alle nostre cure e l'infanzia acquistava un nuovo Istituto sanitario. Qui s' incominciarono a raccogliere bambini deformati a cui il vitto appropriato, la gin-

nastica e l'applicazione di apparecchi ortopedici ben presto ridonavano la salute perduta. Si aprì una pubblica ambulanza dove anche i bambini che non potevauo accogliersi nell'Istituto appena nato venivano sottoposti ad atti operativi di semplice applicazione, alle sedute elettriche e di massaggio, forniti gratuitamente di medicinali e curati con bagni e doccie nei mesi estivi.

Così l' ambulatorio completava, anzi estendeva, la beneficenza sanitaria e in meno di un anno, grazie al concorso pecuniario sempre crescente dei cittadini e de' Corpi Morali, il numero dei ricoverati salì ai 25. Ma alla ben razionale cura di alcune deformità pur troppo frequenti mal poteva soccorrere la terapeutica delle Scuole e dell' Ambulanza, e la Chirurgia Ortomorfica reclamava da noi l'applicazione esatta in un ambiente suo naturale e appropriato.

Ecco quindi necessario compimento all'Istituto Rachitici l'impianto di una Infermeria sia pure umile e modesta, ma piena di luce, di aria e di allegria *ove accogliere i bambini operati non solo*, MA ANCORA QUELLI MALATI DI ALTRE FORME MORBOSE e bisognosi di una atmosfera igienica e gaia che li tolga al misero tugurio ove sono nati infelici col primo respiro. E tale necessità imperiosa ha trovato, lo diciamo con gioia, l'eco nella benefica cittadinanza, ed una signora gentile quanto intelligente e modesta donava un elegante ed igienico lettino Corradi che accolse il primo bambino bisogno di cura chirurgica.

Tale pensiero nobile e generoso trovò seguaci benemeriti, e il 4 gennaio 1883 si apriva una piccola Infermeria con quattro letti e coll'assistenza di due suore della Carità che in quell'asilo del dolore rappresentavano colla figura di donna il sentimento dell'amore e del sacrificio.

E a questi sensi nobilissimi rispose con sempre maggiore crescenza la beneficenza cittadina ed alla fine dell'anno il numero dei letti raggiungeva quello di dodici. Così, oltre ai Rachitici e deformati, la beneficenza quasi inconsciamente poteva porgere aiuto anche a bambini malati di infermità ben più gravi e a cui era necessaria una cura assidua e diligente in apposita atmosfera, non bastando certamente le amorevolezze materne a vincere la forza del morbo aumentata dalla miseria.

E l'accorrere numeroso di bambini malati al nostro Istituto e la progrediente gara di beneficenza portò per conseguenza naturale l'aumento a venti dei lettini riducendo così la piccola Infermeria ad un Comparto Spedaliero che minorava l'importanza della scuola ridotta a poco a poco ad una semplice sala di convalescenza dove l'istruzione infantile, l'educazione morale e la ginnastica compivano l'organica rigenerazione iniziata nell'Infermeria.

Così l'Istituto Rachitici ABOLENDO LA SCUOLA PER NATURALE EVOLUZIONE POTEVA TRASFORMARSI IN PICCOLO OSPEDALE INFANTILE; e cioè in una di quelle benefiche istituzioni che sorgono da alcuni anni a reclamare il diritto all' esistenza loro autonoma perchè speciale è il loro scopo ed essenzialmente caratteristico il loro ordinamento. Ma questo ideale scientifico poteva egli per avventura divenire una pratica realtà?

La beneficenza cittadina tanto ricca in Cremona lasciava pur tuttavia chiuse le porte degli Ospedali maggiori ai bambini inferiori ai sette anni. L' Istituto Rachitici, se in gran parte colmava tale lacuna, perchè fin da principio, dando uno strappo ai regolamenti, si ricevevano nell' ospedale non solo i bambini rachitici, ma ancora quelli malati di altre forme morbose, non poteva sostituire in tutto alla grave mancanza; esso era però il centro più atto a sovvenire alla bisogna e la beneficenza sua avrebbe quindi potuto allargare le ali a tutt'altra falange di piccoli infermi che non malati di rachitismo giacevano per altri gravi morbi languenti ne' loro luridi casolari donando pur troppo una cifra enormemente dolorosa alla statistica della mortalità generale.

Chiamato alla Presidenza dell' Amministrazione il benemerito cittadino Cav. ALFONSO MANDELLI, quasi fino dalla nascita dell'Istituto, cooperatore e protettore attivissimo, proponeva ed otteneva il voto unanime dell' Assemblea generale dei Soci per la trasformazione dell'Istituto Rachitici in Ospedale dei Bambini, riconosciuto ufficialmente nel 1887 dal Governo dello Stato.

Da allora il nostro Istituto sanitario nato e sorretto dalla pura carità cittadina, sorto umile e povero sotto le spoglie di un Asilo pe' Rachitici, senza lotte di partiti nè di tempi, completossi nell'essenza di vero Ospedale Infantile ricco di quaranta lettini divisi pe' due comparti Medico e Chirurgico, con Sala d' isolamento per le malattie contagiose, Camera d'operazione, Camera mortuaria ed Ambulatorio nel locale stesso della Congregazione di Carità offerto fin dall' inizio e riattato all'uso spedaliero con due padiglioni ad angolo retto tramezzati da ampio e verdeggiante giardino.

Nuova vita, più ampia beneficenza era quindi riservata, e fra la scarsezza degli Ospedali Infantili in Italia quello di Cremona si è presto mostrato a dar vita di sè, meritandosi nelle Esposizioni d' Igiene sanitaria a Brescia, a Padova ed a Milano la maggiore onorificenza.

RIVISTA DI MEMORIE, OPUSCOLI E GIORNALI

LEROUX.— **Azione delle injezioni ipodermiche di guaiacol jodoformico nel trattamento della tubercolosi polmonale dei bambini.**

Con un tal metodo l'aut. ha trattato, nel dispensasio Furtado - Heine a Parigi, cinquanta bambini affetti da tubercolosi polmonale.

Nel 35 per 100 dei casi lo stato locale e generale migliorò. Nel 40 per 100 migliorò solo lo stato locale. Nei rimanenti casi l' immegliamento non fu potuto accertare.

Nelle osservazioni di esito nullo la curva del peso discese progressivamente, mentre, per contrario, si elevò nei casi di esito soddisfacente. Di guisa che l'aumento o diminuzione del peso indicano, secondo l'autore, il risultato positivo o negativo del trattamento.

Non si potè ottenere la scomparsa completa dei bacilli; fu notata però la diminuzione dei medesimi negli espettorati.

Alcuni mesi dopo il trattamento i risultati furono i seguenti:

Nella terza parte dei casi l'immegliamento persistette per cinque a dodici mesi.

Nel rimanente dei casi, uno a cinque mesi dopo la cessazione della cura la debolezza riapparve sollecitamente e lo stato generale si aggravò.

Le injezioni non sono dolorose se si ha la precauzione di praticarle con l' olio di mandorle dolci.

Venne impiegato, come dose massima, un grammo di guaiacol, per dieci centigrammi di jodoformio.

Il miglioramento sembrò risultare più dalla continuazione del trattamente che dalla sua intensità.

L'azione favorevole del guaiacol sembra dovuta sopratutto alla neutralizzazione delle tossine elaborate dal bacillo. In tal guisa vien favorita la regressione e la cicatrizzazione delle granulazioni tubercolari. (*Archivos de Ginecol. y Pediatria*).

G. SOMMA.

MONTI.—**La pielite nell' infanzia.**

È malattia abbastanza rara. È prodotta frequentemente dalla renella e dai calcoli che formansi nei reni; più raramente dai parassiti, echinococchi, strongilo. La tubercolosi non va dimenticata nella etiologia. Altre cause sono: la decomposizione dell' urina che stagna, come nei casi di fimosi e d' ipospadia; alcuni medicamenti, come l' essenza di trementina, il balsamo del Perù, le forti dosi di acido fenico e di acido salicilico; la vulvo-vaginite blenorragica per la migrazione dei gonococchi fino ai bacinelli renali; le malattie infettive acute. Il raffreddamento, da alcuni ammesso, costituisce una causa per lo meno dubbia.

I sintomi sono: 1) la febbre non costante, ma preceduta da brividi allorchè esiste; 2) i fenomeni cerebrali nello stato acuto (sonnolenza, delirio, violenti dolori di capo; 3) i dolori non costanti; ma quando esistono si localizzano ai lombi irradiantisi alla vescica ed accompagnati dalla voglia frequente di urinare e di vuotare l'alvo; 4) vomiti, frequenti nello stadio iniziale, ripetentisi quando àvvi un' ostacolo alla secrezione renale; 5) i caratteri speciali delle orine che si distinguono sopratutto per la loro purulenza e per l' aspetto lattiginoso; 6) il sedimento urinario che

contiene pus, cellule epiteliali dei bacinetti renali, globuli rossi e numerosi batteri; 7) l'edema della faccia che può qualche volta rinvenirsi; 8) l'emaciazione che, nella pielite cronica, è sovente considerevole. Il sintoma poi più importante della pielite calcolosa consiste nella occlusione rapida dell'uretere che si estrinseca con tutti i fenomeni di una colica nefritica.

Esistono due forme di pielite; una acuta e l'altra cronica, che è la più frequente.

Il pronostico varia secondo le cause.

Dal punto di vista del trattamento, le cure igieniche occupano il primo posto. Quindi, riposo a letto, dieta lattea, bagno tiepido ogni due giorni; in qualche caso si può raccomandare la permanenza a lido di mare e bagni marini tiepidi. Nella pielite cronica vanno indicate le acque di Vichy, quelle di Carlsbad e le acque acidule gassose, oppure l'acqua di calce da 200 a 600 grammi al giorno.

All'esordio di una pielite acuta vanno indicati: il tannino, l'allume e l'acetato di piombo. Nelle forme croniche l'ergotina ha qualche volta corrisposto. Per combattere gli accessi dolorosi si somministrano piccole dosi di oppio o di morfina, clisteri di cloralio e bagni tiepidi.

Gli alcalini poi occupano il primo posto nella terapia della diatesi urica ed ossalica. Nella pielite consecutiva alla ritenzione di urina fa d'uopo vuotare la vescica e praticare dei lavaggi con una soluzione debole di acetato di allumina; per via interna vengono poi commendate la limonea cloroidrica, nitrica ed all'acido tannico. I fenomeni uremici saranno trattati secondo le regole ordinarie. (*La France médicale*).

G. SOMMA.

SCHELLY.—Cura della rosolia con le unzioni di olio di eucalypto.

Incoraggiato dai buoni risultati da altri autori ottenuti nella cura di alcuni esantemi, l'Aut. venne nella determinazione di sperimentare un tal metodo anche nel trattamento della rosolia. Profittando della comparsa di una epidemia, egli si determinò a curare con l'*oleusaban* (preparazione d'eucalypto specialmente raccomandata allo scopo) tutti gl'infermi di rosolia raccolti in una sala. Essi venivano sottoposti alla cura secondo l'ordine stesso della loro ricezione nell'Ospedale, senza tentativo di stabilire fra essi una scelta; ed i risultati ottenuti furono i seguenti:

In cinque malati le unzioni furono iniziate fin dal momento della loro entrata in sala. Vennero praticate mattina e sera su tutto il corpo, per tre giorni di seguito, ed in prosieguo una volta per giorno durante la prima settimana. Contemporaneamente l'emulsione di eucalypto era somministrata per via interna, mentre un po' di liquido era situato in alcuni recipienti della sala per praticarne inalazioni allorchè la tosse diveniva penosa.

L'effetto immediato del trattamento sembra essere stato la sonnolenza; tutti e cinque gl'infermi dormirono quasi costantemente; a stento si risvegliavano per ricevere gli alimenti, rimanendo desti solamente per quel tempo strettamente necessario a compiere questa funzione. La tosse fu assai rara durante i primi tre giorni, nè gl'infermi si lamentarono di sete, accusando soltanto un leggiero malessere.

Tre malati furono colti da congiuntivite muco-purulenta, tutti e cinque presentarono una lingua con intenso impatino bianco, assai ben differente da quella degli stessi infermi sottomessi ad altri trattamenti.

In un'infermo la eruzione cominciò a manifestarsi quando fu iniziata

la cura; ma negli altri quattro sembra che fosse stata ritardata, rimanendo la temperatura fra i 39 e 40 centg. durante i quattro o cinque giorni che precedettero la comparsa della eruzione sulla faccia e sul corpo. Quando poi si manifestò era assai abbondante, presentando un marcato rilievo sulla pelle ed una colorazione assai carica.

Durante il 4°, 5° e 6° giorno, quattro degli ammalati in cura furono affetti da catarro bronchiale e laringeo, con perdita completa della voce in due casi, in un'altro caso si ebbe a deplorare un'attacco grave di pneumonite ad ambo le basi. Fu questo il solo caso di pneumonite che si ebbe a riscontrare come complicazione diretta della rosolia in tutto il corso della epidemia.

Nei cinque casi la convalescenza fu più tardiva che nell'ordinario, e la desquamazione fu molto più profusa. In quel caso in cui l'eruzione si manifestò contemporanea all'inizio della cura, essa non fu abbondante; ma, per gli altri quattro malati, la faccia, le mani, le gambe ed i piedi desquamarono abbondantemente e per un periodo prolungato. In un caso specialmente, a capo della sesta settimana, la desquamazione delle palme delle mani poteva facilmente essere scambiata con quella consecutiva alla scarlattina.

Questo esperimento con l'*oleusaban*, sebbene attuato su di un piccolo numero d'infermi, lascia facilmente giudicare che i risultati determinati da una tale sostanza non sono punto incoraggianti da autorizzare a proseguirne l'applicazione. La sonnolenza anormale, l'indebolimento generale della sensibilità, l'intonaco non ordinario della lingua, la piressia relativamente prolungata ed il ritardo della eruzione con la tinta carica ed oscura della stessa, costituiscono dei sintomi che indicano una ritenzione anormale dei prodotti morbosi nell'organismo più che una distruzione rapida e completa del veleno infettivo, che proclamano come uno dei suoi vantaggi particolari i propugnatori di questo metodo. Il grado esagerato, col quale le mucose e la pelle sono rimaste affette nel processo morboso, è egualmente assai rilevante. Bisogna del pari aggiungere che l'albuminuria è stata notata in un sol caso; essa era leggiera e fugace. È deplorevole che l'aut. non abbia cercato di determinare, con un'esame più approfondito dell'urina, in ciascuno dei citati casi, se, ed in che grado esisteva un disturbo nella eliminazione renale.

Negli altri 68 casi, dei 73 che l'aut. ebbe a curare, non si ebbe a notare alcuna manifestazione degna di qualche interesse. Essi furono trattati sia con una semplice pozione salina, sia con la stessa mistura con l'aggiunta di mezzo grammo di benzoato di soda per dose. Il risultato ottenuto fu la conferma di una conclusione anteriore, cioè che quest'ultimo sale agisce in certo qual modo diminuendo l'estensione e la durata della eruzione, apportando un'alleviamento ai sintomi, ed opponendosi allo sviluppo delle complicazioni affrettando la convalescenza. (*Gazette méd. de Paris.* G. Somma.

Giarrè.—**Grave infezione da ascaridi in bambina geofaga.**

È noto come, fino a poco tempo indietro, fosse ritenuto dagli aut. che la presenza degli ascaridi nell'intestino dipendesse dalla ingestione di alimenti o bevande contenenti le uova del nematode con i suoi embrioni. Non andò guari, ed il Leuckart sostenne invece che la infezione accadeva per via indiretta, per mezzo cioè di un parassita della farina contenente in una specie di capsula le uova del lombricoide. Parimenti il Linstow caldeggiò la stessa idea, sostituendo, però, al parassita della fa-

rina alcuni miriapodi. Le esperienze però attuate da Epstein nel 1892 furono decisive, poichè, oltre a dimostrare che l' ingestione di uova di ascaridi, contenenti l' embrione vivente, è seguita, in un tempo più o meno lungo, dallo sviluppo di tali parassiti nell' intestino umano, determinarono del pari le condizioni più favorevoli alla cultura delle uova fuori dell'organismo. Secondo l'Epstein, infatti, per aversi un più rapido sviluppo degli embrioni, è necessario che le culture sieno esposte all' aria libera, ad una temperatura elevata, ad un certo grado di umidità e come terreno propizio le stesse materie fecali. Da ciò la facilità di osservare gli ascaridi più nei bambini di alcuni paesi ed in quelli che vivono in campagna, appunto perchè nei paesi caldi o nelle campagne trovansi riunite le su cennate condizioni, ed è più facile che i bambini si trovino in contatto con gli animali domestici, le cui fecce abitualmente contengono le uova dei lombricoidi. Con il sussidio di tali ricerche è molto più agevole l'interpretare la etiologia di alcuni casi di *ascaridiosi grave*, cioè alla presenza nell'intestino di centinaia di ascaridi che non potrebbero essere attribuiti alla ingestione di qualche alimento o bevanda inquinati da fecce contenenti le uova di tali nematodi.

Ciò posto, il Giarrè riferisce un caso di ascaridiosi da lui osservato nella Clinica pediatrica di Firenze.

È una bambina di due anni. Fin da quando cominciò a camminare acquistò il difetto di mangiare tutto ciò che trovava per terra. A 21 mesi fu mandata in campagna presso certi contadini, ove soggiornò un mese, rimanendo parecchie ore del giorno vicino a pecore ed a majali. Anche qui non smise di mangiare la terra.

Appena ritornata in casa, in seguito a gravi dolori di ventre e forte febbre, la bambina emise col vomito tre ascaridi dalla bocca ed uno pel naso. E così, fino al momento che fu ammessa in clinica, la bambina emise circa altri 300 ascaridi.

All' esame fisico niente di apprezzabile, se ne eccettui l' addome assai teso, timpanico, sensibile alla pressione, sopra tutto nella regione periombelicale. Le feci liquide e fetide, contengono moltissime uova di ascaridi. Durante il mese di permanenza in clinica, la bambina emise altri 118 ascaridi.

In tal caso, dice l'aut., non si poteva supporre un contagio accidentale dovuto alla ingestione di qualche frutto o di qualche legume infetto, ma bisognò ritenere che il veicolo delle uova di ascaridi fosse stata la terra che la bambina mangiava, inquinata dalle feccie dei majali e delle pecore con cui ella in campagna era rimasta in contatto parecchie ore del giorno e per lo spazio di un mese, ciò che trova conforto nella opinione e nelle ricerche di Epstein, come più sopra abbiamo riferito. (*Lo Sperimentale*).

G. Somma.

Tchoull.—Della meningite tubercolare nel bambino.

L'aut., la competenza del quale nello studio della tubercolosi si è già affermata con parecchi lavori importanti su questo soggetto, è convinto, in opposizione alla maggior parte dei contemporanei, della possibile guaribilità della meningite tubercolare. Avendo avuto di mira nel suo lavoro uno scopo del tutto pratico, l'aut. si è astenuto da dettagli troppo estesi sulla storia e sull' anatomia patologica di quest' affezione, ma ha sviluppato con cura i capitoli tanto importanti della diagnosi e della cura.

Questo piccolo libro sarà letto con frutto da tutti i pratici, e sarà del pari utile alle madri, alle quali l' aut. indica i mezzi atti a poter pre-

servare, nei limiti del possibile, i loro bambini più o meno predisposti, e di chiamare a tempo il medico quando si manifestano i segni precursori di questa terribile malattia. (*Gazette médic. de Paris*).

G. Somma.

Federici.—**Contributo alla diagnosi della polmonite crupale nei bambini.**

Fra i criteri per diagnosticare l'esistenza di una polmonite crupale, utilizzabili sopratutto in quelle forme circoscritte e centrali che assai spesso lasciano molto incerto il medico, vi è quello ammesso da Jaksch, consistente nella associazione di un duplice reperto nelle orine, cioè scarsità estrema dei cloruri e presenza di peptoni. L'ammissibilità di questo criterio potrebbe essere di una importanza eccezionale, considerando che le forme di polmonite crupale larvata nei bambini non sono molto rare, e che parecchie di queste affezioni insorgono con ripetuti accessi convulsivi, altre con fenomeni spiccati di febbre tifoide, ed altre ancora con sintomi cerebrali, donde il facile scambio di diagnosi, in verità non poco deplorevole. In considerazione di ciò, pur rispettando la sovranità del reperto fisico dell'apparecchio respiratorio, merita di essere utilizzato qualsiasi indiretto accorgimento inteso ad indirizzare il pratico nel definire una diagnosi, che talora è resa difficile nel modo particolare di reazione del sistema nervoso dei bambini.

Ecco perchè l'aut. ha cercato di studiare, con la maggiore possibile precisione, se il criterio ammesso da Jaksch sia o no giustificabile; e, col sussidio di undici osservazioni raccolte su bambini ed adulti, egli è giunto a formulare le tre seguenti conclusioni:

1) L'esame delle orine è specialmente necessario sotto l'aspetto della ricerca dei cloruri e del peptone in quelle malattie febbrili dei bambini in cui la diagnosi si presenta alquanto oscura;

2) Ben spesso la polmonite crupale dà assenza di cloruri e presenza di peptone nell'orina;

3) È giustificato supporre l'esistenza di una polmonite fibrinosa, quando nell'urina si ha assenza di cloruri e presenza di peptone. (*Archivio italiano di Clinica medica*).

G. Somma.

Power.—**Rapporto fra il torcicollo e l'ematoma congenito delle sterno-mastoidee.**

L'aut. ritiene che i termini vaghi ed erronei di tumori ed indurimenti cronici dello sterno-cleido-mastoideo dovrebbero essere sostituiti dal termine più scientifico di *ematoma*. Ricorda che solo nei casi riportati dal Sutton sia stato debitamente considerato il rapporto fra questa affezione e l'ematoma. Smith, invece, ritiene che vale meglio dire *rottura del muscolo sterno-mastoideo*, anzichè ematoma. In tali casi la rottura del muscolo è susseguita da accorciamento del muscolo stesso, mentre in altre parti del corpo, come pel bicipite, la rottura è generalmente seguita da estensione del muscolo. Parker opina che la deformità è dovuta alla posizione del feto nell'utero; ritiene che sia più preferibile il termine di tumore congenito dello sterno-mastoideo, anzichè quello di ematoma o rottura del muscolo.

Smith sostiene che il torcicollo permanente possa, molto probabilmente, essere dovuto a lesione del nervo anzichè del muscolo. Spencer concorda con le conclusioni del Power. In riguardo alla cagione del torcicollo congenito, egli manifesta tre principali modi di vedere: 1) che avvenga nel-

l'utero; 2) che sia dovuto a sifilide; 3) che sia dovuto ad ematoma dello sterno-mastoideo. In riguardo alla sua produzione nell'utero, due casi soli esistono pubblicati da Meinhart Schmid e Hensinger, ove il fatto non si manifesta neppure evidente. Guyon, di 23000 casi di neonati osservati alla maternità di Parigi, non ha veduto un sol caso di questa deformità all'atto della nascita. Nè può del pari ritenersi che la lesione sia dovuta a sifilide. Di 100 necroscopie su feti macerati, la maggior parte dei quali erano sifilitici, lo Spencer non ha mai trovato questo stato speciale, mentre di circa 300 esami di feti allo stato di freschezza, di cui la maggior parte non sifilitici, trovò l'ematoma del muscolo in non meno di 15 soggetti. L'esame microscopico per verità escludeva la sifilide ed ammetteva stravaso sanguigno. Spencer, infine, riferisce che in due anni vide otto casi di ematoma, ed i tumori vennero riassorbiti senza dare luogo a torcicollo.

Il Power, infine, riferisce che anche nei casi di tumori dello sternomastoideo con nulla o lieve inclinazione laterale del capo, abbenchè il torcicollo non fosse grave, tuttavia è sufficientemente spiccato da rendere necessaria la tenotomia. Relativamente alla patologia di questi tumori le sezioni dello Spencer dimostrarono che unitamente al tumore era occorso la rottura del muscolo. Tutti i casi esaminati dal Parker si ebbero da corpi di bambini di un mese di età, e dimostrarono tessuto fibroso bene sviluppato, ma senza tracce apparenti di pigmento sanguigno; e questo fatto lo condusse a sospettare che questi tumori si fossero formati durante un periodo antecedente alla nascita, poichè non credeva un mese di tempo sufficiente per la formazione di tanto tessuto fibroso e pel completo assorbimento del pigmento sanguigno. (*Archivio di Ortopedia*).

G. Somma.

Sarra.—Sulla etiologia degli ascessi multipli del connettivo sottocutaneo nei lattanti.

Dopo una breve descrizione della malattia denominata da Billard *infiammazione cellulare*, da Bednar *infiammazione del tessuto cellulare*, da Steiner *dermatitis follicularis*, da Baginsky *dermatite flemmonosa*, da Bohn *flemmone circorcritto del tessuto cellulare* e da Alibert *furunculus atonicus*, l'aut. ricorda che, tanto lo *staphylococcus pyogenes aureus*, quanto lo *staphylococcus p. albus* sono oggi ritenuti come la causa degli ascessi. Dalla biancheria pervengono sulla cute. Per lo strofinio delle medesime viene favorita l'entrata di essi nelle glandole sudoripare e sebacee, dando luogo ad una follicolite e poi all'ascesso.

Ma i micrococchi pervengono nel tessuto sottocutaneo solamente dalla via della pelle? Ecco la domanda che il Sarra si rivolge, ed alla quale cerca di rispondere confortando la sua tesi con la opinione dei più recenti autori e con cinque osservazioni personali, nelle quali, con ogni indagine rigorosa, fu esclusa qualunque lesione o malattia della pelle che avessero potuto costituire la porta di entrata ai microrganismi.

Egli, difatti, esponendo in succinto le ricerche e gli esperimenti di Roulland, di Longard, di Michel, di Emma Merrit, di Cohn e Neumann, di Palleske, di Rossi Doria, di Karlinski e di Honigmann, viene alla conclusione, ammessa dalla maggior parte degli osservatori, che nella secrezione della glandola mammaria esistano dei germi piogeni, anche in condizioni di salute buona della madre.

Ora il latte inquinato da germi piogeni non può restare senza nocumento sulla salute del bambino; gli effetti morbosi sono però variabili,

avverandosi o casi di sepsi, tal quale vengono descritti da Karlinsky, o casi di gastro-enterite più o meno grave, ovvero suppurazioni in organi lontani. Le fonti principali, da cui i micrococchi emigrano per attaccare la mammella sono l'oftalmia dei neonati, la blenorrea uro-genitale delle bambine, la leucorrea della madre e le suppurazioni di regioni anche lontane dal seno. La porta di entrata poi dei germi nel bambino è costituita dalle ferite della mucosa orale, dalle erosioni epiteliali di Epstein, dalle afte, dalle ulcerazioni della bocca. In tutti questi rincontri i primi ascessi sottocutanei compariscono nelle vicinanze della bocca, al mento, al collo, così come hanno osservato Budin, Couderc e Vilcoq. Anche dalle ulcerazioni che seguono ad affezioni catarrali e follicolari croniche dell'intestino i micrococchi possono passare nel torrente circolatorio e depositarsi nel connettivo sottocutaneo.

Da tutto il fin qui esposto, sembra dunque che le suppurazioni del tessuto sottocutaneo nei neonati non dipendano sempre, come giudicarono Escherich e Longard, da penetrazione attraverso gli orifici glandolari di organismi piogeni depositati alla superficie dell'epidermide. Per mezzo del latte, e per processi patologici delle vie digerenti, può avverarsi il trasporto dei germi nel circolo e poscia nel tessuto cellulare sottocutaneo.

Concludendo, l'aut. espone il convincimento che l'allattamento al seno della donna, anche di quella che trovasi in perfetto stato di salute, non offre spesso garanzia contro l'inquinamento del latte per microrganismi e contro la consecutiva penetrazione dei medesimi lungo le vie digerenti del poppante.

G. Somma.

Remak.—Su di un caso di lussazione della spalla consecutiva alla paralisi infantile.

Nella seduta del dì 8 novembre corr. anno alla Società di Medicina di Berlino, l'aut. riferisce che, mentre le lussazioni spontanee dell'anca consecutive alla paralisi infantile sono piuttosto frequenti, quelle della spalla, invece, dipendenti dalla medesima causa, non sono state ancora descritte. Il Remak ne ha osservato un caso in un bambino affetto da paralisi infantile cerebrale con emiplegia spasmodica. Trattavasi di un ragazzo di dodici anni, che un anno innanzi aveva offerto delle convulsioni che durarono otto giorni, dando luogo consecutivamente ad una emiplegia persistente. La madre dell'infermo avea sofferta la sifilide. Ella ha un'altro bambino più piccolo che va spesso incontro ad attacchi epilettiformi. Lo stato del ragazzo affetto da paralisi cerebrale si è un po' modificato dopo l'esordio dell'affezione. L'arto superiore è quasi assolutamente impotente e presenta un'atrofia considerevole. Lo sviluppo delle facoltà intellettuali è un po' in ritardo, ciò che indica una lesione della corteccia cerebrale. Intanto, non vi è accenno d'epilessia, abbenchè questa forma sia frequente nella paralisi cerebrale infantile. Nel piccolo infermo ri constata una contrattura del gran pettorale, del bicipite, del brachiale anteriore e dei flessori della mano insieme ad una lussazione sottoacromiale della spalla, la cui origine rimonta a circa due mesi innanzi. Questa lussazione si esplica con un arresto di sviluppo della cavità glenoide e con il rilasciamento dei legamenti e della capsula articolare. Basta situare l'arto sul dorso dell'infermo per far rientrare la testa dell'omero nella cavità glenoide. (*La Semaine médicale*).

G. Somma.

KOENIG.—**Sopra una forma rara di paralisi cerebrale infantile.**

Fra le molteplici quistioni, che in questo caso di paralisi cerebrale infantile l' autore discute, due a preferenza richiamano l' attenzione degli studiosi: 1° il modo di comportasi del nervo facciale; 2° il modo di comportarsi dei movimenti mimici della faccia.

In riguardo alla prima questione, varie sono state le opinioni degli osservatori. Ed il KOENIG, non accettando le vedute del GOWERS e del LOCHS, mostrasi invece di accordo con FREUD e RIE, ritenendo non rara la compartecipazione del nervo facciale nella paralisi cerebrale infantile, opinione che viene confortata da un notevole numero di casi clinici di propria osservazione, che forniscono alla statistica la percentuale del 15|00. In alcuni casi l' Autore dice di avere osservato compartecipare alla paralisi i rami orbicolari e frontali del facciale. La lesione del 7° attinge in generale solo il grado di paresi.

Relativamente poi alla seconda quistione, l' aut. dice che nella emiplegia degli adulti vale come regola che la paralisi del facciale non si estende ai movimenti mimici, e l' infermo ride e piange con tutte e due le metà della faccia, il che alcuni autori collegherebbero con il fatto che, secondo molte probalità, il centro dei movimenti mimici risiede nel talamo ottico, generalmente rispettato nella emiplegia volgare. Nella paralisi cerebrale infantile l'argomento è stato molto meno studiato, ma pare che le cose si comportino diversamente che nell'adulto, e l'Aut., sopra 24 casi clinici che ha potuto esaminare, ha constatato 17 volte la compartecipazione alla lesione dei movimenti mimici. Il KOENIG, perciò, esorta i colleghi a portare l'attenzione su questo soggetto. (*Lo Sperimentale*).

G. SOMMA.

VAUTRIN.—**Cura chirurgica dell'idrocefalo congenito.**

Nell'idrocefalo congenito, secondo KEEN, la trapanazione seguita dall'applicazione del tubo a fognamento, non dà speranza di successo. Per ottenere l' intento fa d' uopo graduare la fuoriuscita del liquido sia durante l'operazione che nei giorni consecutivi. Se lo scolo, difatti, è abbondante, possono manifestarsi fenomeni convulsivi, ed anche il coma, come nel caso di PICQUÈ; per contrario, se si cerca di ottenere uno stillicidio, il bambino non soffre, e l'involucro del cervello si restringe sotto l'azione di una compressione bene esercitata.

Fu questo appunto il processo attuato dall'aut. in un bambino di due mesi con idrocefalo voluminoso che rapidamente aumentava. Attraverso la parete superiore del parietale sinistro, a 3 centm. in avanti della linea biauricolare, egli praticò una incisione. Devenne alla scelta di questa sede per non procurare uno scolo in un punto molto declive che avesse potuto cagionare una eccessiva perdita di liquido. La mercè di un fascetto di crine di Firenze, l'aut. stabilì un fognamento permanente, nè ebbe bisogno di attraversare la corteccia cerebrale, perchè l' idrocefalo era esterno o meningeo.

Dopo 30 giorni, però, della subita operazione il bambino condotto a casa morì nel coma, perchè la madre rimuovendo la medicatura, rimosse per distrazione il fascetto di crine, ciò che cagionò la perdita di una notevole quantità di liquido cefalo-rachidiano.

Duplice sembraci l'interesse del lavoro dell'aut.; prima, bisogna ritenere come fatto raro un' idrocefalo meningeo; secondo, tener di mira la utilità del fognamento capillare nella cura dell' idrocefalo.

Finora il fognamento è stato raramente praticato, per cui è molto difficile apprezzarne i vantaggi. Indubbiamente però i nuovi tentativi fatti ne dimostrano l'efficacia, se non in tutti i casi d' idrocefalia congenita, in un gran numero almeno, in cui l'encefalo non ha subito una compressione tanto prolungata, e specialmente nell'idrocefalo meningeo. (*Il Morgagni*).

G. Somma.

Pousson.—**Cura locale della incontinenza d'urina nei bambini.**

L'incontinenza di urina presenta nei bambini forme svariate. Allorchè si pratica in essi l'esame metodico delle vie urinarie mediante una candeletta a bolla, si riscontra che sono qualche volta affetti da lesioni funzionali od organiche in rapporto con i disturbi sintomatici; altre volte non si trova nessuna lesione. Si son potute descrivere tre forme patogeniche di incontinenza di urina; 1) la forma per atonia dello sfintere; 2) l'irritabilità vescicale di Trousseau senza alterazione alcuna dello sfintere; 3) l' irritabilità della porzione membranosa dell' uretra, o contrattura dello sfintere.

Come spiegare in questi casi l' incontinenza di urina? L'atonia dello sfintere si definisce da se stessa; l' irritabilità vescicale con l' integrità dello sfintere, che descrive Trousseau e che egli cura con la belladonna, si comprende pure facilmente; ma, nella contrattura dello sfintere la incontinenza d'urina sembra paradossale. Janet ne stabilisce questa ingegnosa patogenesi: i bambini affetti da questa incontinenza di orina sono dei nevropatici, degli individui preoccupati in tutto il giorno per la loro funzione urinaria, interrompendo ad ogni istante i loro giuochi ed il loro lavoro per urinare. Questo impulso ad orinare non li abbandona neppure di notte; ed, allorchè dormono profondamente essi si ricordano e frammischiano ai loro sogni il desiderio di orinare come di giorno questo è frammischiato ai loro giuochi.

In queste diverse forme le svariate cure mediche non debbono essere trascurate; ma, quando queste falliscono, fa d' uopo ricorrere al trattamento locale che agirà per eccitazione sullo sfintere. L' indicazione di questo trattamento, plausibile nell'atonia dello sfintere, è paradossale nella contrattura. Janet, continuando la esposizione della sua teoria, dichiara che se si determina una sensibilità limitata al livello della parte membranosa, i bambini possono essere avvertiti al momento del passaggio dell'urina e, poco a poco, abituarsi a non più lasciar sfuggire l'urina che non verrà emessa inconsciamente.

I mezzi locali sono numerosi; fin da tempo andato si sono passate attraverso l'uretra delle candelette per fare una specie di massaggio; si sono praticate delle cauterizzazioni analoghe a quelle di Lallemand per le perdite seminali; in Germania si è fatto ricorso al massaggio metodico e graduato; ma è specialmente alla elettricità sulla quale si è fatto assegnamento, elettricità statica, elettricità dinamica, sotto forma di correnti indotte o continue.

Oggidì le correnti indotte sono quelle più adottate. S' introduce nell'uretra una piccola candeletta che riveste un filo metallico conduttore che termina ad uliva, che resta nuda in corrispondenza dello sfintere, ed in tal guisa si fa passare una debole corrente. Questa operazione prolungata per alcuni minuti e ripetuta quotidianamente, dà, a capo di alcuni giorni, un miglioramento.

Pousson accerta di avere impiegato questo processo molte volte, e spe-

cialmente in sette casi d' incontinenza che erano stati ribelli a tutti i metodi di cura medica in uso. Fra questi sette infermi vi era una bambina che fu guarita sollecitamente; e l' aut. segnala questo fatto appunto perchè l'efficacia del trattamento locale per la incontinenza d'orina è stata negata nella donna.

Sei malati su sette soffrivano d' incontinenza per atonia dello sfintere; in essi la guarigione non aveva niente di sorprendente. Il settimo era affetto di contrattura dello sfintere, ed egli era un vero nevropatico di fatto e di eredità. Tutti guarirono rapidamente. (*La Revue médicale*).

G. Somma.

Le Gendre.— Su quattro casi di esantema scarlattiniforme desquamativo simulante un' andamento epidemico.

Nella seduta del 17 nov. corrente anno alla Società medica degli Ospedali di Parigi, Le Gendre riferisce su quattso casi di esantema scarlattiniforme desquamativo, sopravvenuti a breve distanza l' uno dall'altro e nella medesima sala, in 4 infermi, di cui tre erano convalescenti di febbre tifoide, ed il quarto affetto da malattia di Bright.

Questi quattro malati sono morti in uno spazio di tempo oscillante fra due mesi e dieci giorni, tre in seguito alla cachessia, l'ultimo in seguito agli accidenti epilettiformi dipendenti dalla uremia; l'albuminuria esisteva nella metà dei casi.

Le culture delle squame non hanno permesso che una sola volta di ottenere un microbio che presentava i caratteri del coli bacillo. Negli altri casi le culture delle squame e del sangue sono rimaste sterili.

Tenuto conto, intanto, delle circostanze di tempo e di luogo ed anche della identità clinica di questi fatti, l'oratore stima che questa affezione sia stata trasmessa per contagio. (*La Semaine médicale*).

G. Somma.

Comby—La craniotabe.

Sotto il nome di craniotabe si designa una lesione delle ossa del cranio proprio ai bambini della prima età, scoverta da Elsässer nel 1843. Questa lesione interessa l'occipitale, la porzione squamosa del temporale, i parietali; invece rispetta le ossa frontali. Consiste in un rammollimento più o meno esteso con assottigliamento dell'osso. Allorchè col dito si preme sulle parti affette, si ha la sensazione che dà una carta da gioco, un foglio di pergamena, una membrana fibrosa. Questa apparenza risulta da una vera decalcificazione; l'osso ha perduto il suo sostrato minerale come nel rachitismo, e, nei casi estremi, il periostio e la dura madre sono accollati l'uno all'altro. Si è detto che questo rammollimento delle ossa del cranio lasciano il cervello senza difesa contro tutte le pressioni esterne, donde la possibilità della verifica di accidenti nervosi di seria gravezza. Le convulsioni, lo spasmo della glottide saranno assai spesso prodotti dalla craniotabe.

Ora, risulta da numerose osservazioni che la craniotabe sia una lesione ossea, indifferente e comune, senza risentimento alcuno sulle funzioni del cervello. Lo spasmo della glottide non si riscontra se non eccezionalmente nei bambini affetti da questa affezione e si verifica nei bambini immuni da ogni accenno di craniomalacia. Non è dunque possibile stabilire un rapporto fra le due affezioni. Parrot ha sostenuto che la craniotabe deriva sempre dalla sifilide ereditaria, come il rachitismo, di cui esso non ne sarebbe che una manifestazione. Ora, la sifilide ereditaria non è stata riscontrata in nessuno dei piccoli infermi osservati dall'auto-

re, mentre ha visto molti piccoli sifilitici immuni da craniotabe. Questa malattia dunque non è un processo sifilitico.

Si è detto, con più fondate ragioni, che la craniotabe non era che una localizzazione del rachitismo. È verissimo che le due malattie si rassomigliano per la loro lesione essenziale, la decalcificazione. Anatomicamente, la craniotabe è il rachitismo cranico; clinicamente invece, non è così. L'aut. ha visto molti bambini affetti da craniotabe guarire spontaneamenle senza divenire rachitici; come ha osservato invece molti bambini rachitici senza craniotabe. Ecco quello che singolarmente contradice la rassomiglianza che si è intesa fare dagli autori.

La craniotabe affetta i bambini nei primi mesi della vita, e più specialmente fra due ed otto mesi. Ciò non pertanto può essere più precoce o più tardiva. Essa qualche volta è congenita. Il pronostico dalla infertà è assai benigno; e se Elsässer ha visto morire la metà dei craniomalacici da lui osservati, ciò va dovuto alle malattie concomitanti (diarrea, atrepsia). La cura è soprattutto igienica, e consiste a rialzare la nutrizione del bambino mercè l'allattamento naturale, il fosfato di calce, i bagni salini, ecc. Localmente, quando la lesione, per la sua estensione, ispira qualche inquietudine, si cercherà di supplire alla mollezza della scatola cranica con l'aiuto di un'elmo duro modellato sulla testa del bambino. (*Revue intern. de bibliog. médicale*).

G. Somma.

Pizzocaro.—Ancora dell'innesto vaccinico nella pertosse.

Al gentile invito dal Pestalozza in questo medesimo « *Archivio* » (*Anno XI, Fasc. 3°, 1893 paj. 118*) rivolto ai colleghi tutti, di riferire per la stampa i risultati ottenuti dalla cura con l'innesto vaccinico nella pertosse, risponde l'aut. pubblicando otto casi di tosse convulsiva, da lui osservati in Mozzate durante la epidemia del decorso inverno, che valgono ancora più a combattere le differenze che in alcuni autori sussistono contro la cura della pertosse con la vaccinazione. In tutti gli otto infermi fu praticata la rivaccinazione, poichè in tutti, nella prima età della vita, era stata inoculata la linfa vaccinica.

Nel 1° bambino gli accessi di tosse si dileguarono al 13° giorno dalla vaccinazione; nel 2° la guarigione si ottenne al 18°; nel 3° si deplorò l'esito letale in pieno periodo spasmodico della pertosse per sopraggiunta difterite; nel 4° la guarigione si ebbe al 20° giorno; nel 5° al 10°; nel 6° al 14°; nel 7°, appena attenuata l'intensità degli accessi, si ebbe, in quattordicesima giornata dell'innesto vaccinico, bronchite capillare, pneumotifo e morte; e nell' 8° all' 11° giorno la guarigione era completa. In altri numerosi casi, in cui la forma d'infezione era sospetta, con la vaccinazione praticata si ottenne risoluzione dei fenomeni catarrali alla completa pustolazione.

L'aut. coglie l'occasione per esporre in forma assai chiara e concisa le vicende che subì la patogenesi dell'affezione dalla scuola umorale fino al parassitismo dell'oggi, ed il metodo terapico che fu sempre in stretto rapporto con la dottrina dominante del morbo in parola.

G. Somma.

Vidal Puchal J. — Trattamento razionale e clinico delle bronco-pnumoniti catarrali nei bambini.

In questa pregevole memoria, presentata al primo Congresso medico-farmaceutico di Valenza nel luglio del 1891, l'aut. espone innanzi tutto

lo scopo di questo suo lavoro, deplorando le pratiche rutinarie seguite dai medici nella cura di quest'affezione. Dimostra la frequenza e la gravezza della bronco-pneumonite, e delinea la distinzione fra questa infermità e la polmonite fibrinosa, esponendone le divisioni e le forme. Accenna alla patogenesi microbica del morbo, non che al decorso irregolare ed aciclico dello stesso, di cui ne traccia le terminazioni.

Premesso questo esordio, l'aut. entra nel vero campo della sua tesi, dichiarando che la terapia razionale e clinica della bronco-pneumonite catarrale dei bambini dev'essere assolutamente basata su cinque indicazioni che sono:

1) Igiene respiratoria: atmosfera umida, tiepida e balsamico-antisettica; cautela e posizione conveniente dell'infermuccio;

2) Deostruzione dei condotti aerei con i vomitivi ed espettoranti, secondo il caso: fra i primi, preferibile la ipecacuana; fra i secondi i sali di ammonio, la poligola, la scilla, l'arnica, l'acido benzoico e il balsamo del Tolù; azione tonica espettorante del joduro potassico e dell'alcool; controindicazioni degli antimoniali e dell'aconito;

3) Combattere la febbre e la flogosi polmonale con gli antitermici; chinina, digitale, antipirina (?), e con i rivulsivi. Qui l'aut. dimostra gli inconvenienti dei refrigeranti esterni, le controindicazioni delle emissioni sanguigne; parla della medicazione controflussionaria, della rivulsione fatta con la senape, dell'essenza di trementina, delle ventose secche, del jodo e della tapsia. Dà infine le indicazioni del vescicatorio volante, piccolo e ripetuto, ne indica le precauzioni a seguire nella sua applicazione, e ne dimostra i positivi vantaggi che se ne ottengono;

4) Combattere la forma atassica, specie con il cloralio per clisteri, e con i bagni tiepidi;

5) Tonicizzare l'organismo; e qui l'aut. s'intrattiene sulla indicazione dell'alcool e dei vini generosi, indicandone le dosi appropriate. Parla della indicazione vitale dell'etere, del muschio e della canfora, e detta le norme della igiene alimentare.

Infine l'aut. espone le indicazioni secondarie della diarrea, dei vomiti, dell'acido gastrico, della tosse pertinace, ecc. ecc. Raccomanda i ricostituenti nella convalescenza. In riguardo alla profilassi, egli crede compendiarla intieramente nelle due formole dettate dal Grancher: 1) *ridurre al minimo i contatti pericolosi*; 2) *sopprimere, per quanto è possibile, l'inquinamento dell'atmosfera*.

Il Puchals si loda moltissimo di questo metodo curativo, come quello che, nei casi da lui osservati, gli ha sempre fornito risultati soddisfacenti. G. Somma.

Catrin. — **Gli orecchioni.**

In questa sua comunicazione, l'aut. espone i risultati di 159 osservazioni a lui occorse durante l'epidemia manifestatasi a Parigi nel decorso inverno.

La manifestazione degli orecchioni può iniziarsi indifferentemente tanto a destra che a sinistra; la tumefazione della parotide si estrinseca in un tempo che oscilla fra un'ora a cinque giorni.

Lo stadio prodromale dell'affezione è costituito da un complesso variabile di sintomi, che sono: brividi, cefalea, insonnia, epistassi, susurro alle orecchia, sudori notturni, dolori reumatoidi, ecc.

Nel contempo della tumefazione parotidea, l'aut. in due terze parti dei casi ha constatato una leggiera flogosi della faringe, delle tonsille e

qualche volta pure dell'orifizio del dotto di STENONE, ciò che gli fa supporre che la malattia si propaga per la cavità orale.

All' inizio del processo la febbre, nella maggioranza dei casi, è leggiera e di breve durata; ciò non pertanto, alcune volte può anche raggiungere 40° gradi.

Non pare che vi esista un rapporto costante fra la gravezza del morbo ed il volume delle glandole parotidi tumefatte; nella metà dei casi le glandole sottomascellari sono anch'esse interessate.

La cura dovrà avere una durata almeno di 15 a 20 giorni se si vorranno evitare le recidive, le complicanze testicolari ed il periodo del contagio. Questo, per effettuirsi, fa d'uopo che si attui un contatto intimo e prolungato: in tal caso il periodo d'incubazione si circoscrive fra i 15 e i 20 giorni. Le recidive sono abbastanza frequenti, e, secondo l'autore si verificano nel 6|00 dei casi.

Relativamente poi alla metastasi ai testicoli, bisogna distinguere l' orchite da orecchioni dalla semplice flussione dei testicoli, che non lascia mai tracce nel tessuto glandolare. Sui 159 casi osservati dall' autore si sono avute 41 orchiti, di cui 13 erano doppie, e 15 flussioni testicolari.

È impossibile ammettere una orchite da orecchioni d'*emblée* senza ritenere la possibilità della esistenza progressiva di una forma frusta di orecchioni, non dimenticando gli orecchioni sottomascellari. Fra le complicanze degli orecchioni sono degne di nota il reumatismo, le otiti, l'endocardite, gli edemi localizzati, l'albuminuria, l'artrite purulenta, ecc., non che le complicanze da parte delle meningi, alcune alterazioni visive e qualche disturbo delle facoltà intellettuali notate dall'autore. (*La Semaine médicale*).

G. SOMMA.

FEURER. — **Eclampsia infantile cagionata da un'ernia del cieco.**

Sono due osservazioni interessanti, sulle quali l' aut. giustamente ha richiamata la sua attenzione.

Nel primo caso trattasi di un bambino di sei mesi che, affetto da ernia inguinale irreducibile, vien colto da attacchi di eclampsia assai violenti. Prima degli attacchi il bambino rendeva generalmente delle materie fecali e dei gas. L' infermo soccombe nel corso di uno degli attacchi. All'autopsia si rinviene l'appendice vermicolare impegnata nel canale inguinale per una lunghezza di dieci centimetri; la sua estremità libera era aderente al testicolo.

In un'altro bambino dell' età di cinque mesi, osservato dall' autore, e che andava spesso soggetto ad attacchi di eclampsia, esisteva egualmente un'ernia inguinale riducibile, ma che si riproduceva assai facilmente appena dopo ridotta. Edotto dalla precedente osservazione, il Dott. FEURER attribuì gli accessi di eclampsia all' ernia per le irritazioni che ne risultavano per l' intestino; ragione per cui si determinò a praticare una operazione radicale. Il contenuto del sacco erniario era costituito dal cieco e dall'appendice ileo-cecale; quest'ultima avea contratto delle aderenze con il sacco erniario. Dopo l' operazione, gli attacchi convulsivi non più si riprodussero.

L'autore conchiude che le ernie non strangolate, sopratutto quando esse sono formate dal cieco, possono cagionare attacchi eclampsici , e questi costituire una indicazione alla cura radicale. (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte.*).

G. SOMMA.

WYSS — Sulla terapia dell' idrocefalia.

Dopo di avere rapidamente dimostrata la inutilità della cura medica della idrocefalia cronica, l'aut. pubblica l'osservazione di un piccolo idrocefalico di 8 mesi, considerevolmente migliorato in seguito alle punzioni ripetute del cervello. Nello elasso di un'anno furono praticate sette punzioni. Dopo ciascuna di queste, i fenomeni di compressione cerebrale diminuivano; la vista, assai debole, ritornava per rimanere normale dopo la quarta punzione, e la misura della testa mostrava una diminuzione manifesta di tutti i diametri cranici. Un'anno dopo l'ultima punzione, il bambino dell'età allora di due anni e tre mesi, era fisicamente bene sviluppato, aveva il capo dritto, poteva rimanere seduto senza poter ancora camminare, e contava venti denti. Dopo un' anno egli non ebbe che un solo attacco di convulsioni che, per lo passato, erano frequentissime. Sentiva e vedeva bene, cantava e poteva ripetere delle parole e delle frasi intere, ma era incapace di formarne spontaneamente.

Innanzi a questo risultato incontestabile, l' autore sostiene che la sua osservazione conferma i vantaggi delle punzioni commendate da un certo numero di autori: scomparsa delle convulsioni (BERGMANN), e dello stimolo abituale a questi disturbi (WYSS), influenza favorevole sullo sviluppo fisico (REHN, PHOCAS, QUINCKE, KARNITZKY, WYSS) e psichico (REHN), ristabilimento della vista (WYSS).

L'operazione in questione, per altro, non è scevra d'inconvenienti, che, del resto, possono essere evitati. Anche il cefaloematoma consecutivo alla punzione del cranio è assai raro in questi casi, e lo si può evitare pungendo il canale lombare. La infezione delle meningi seguita da meningite non si ha del pari a temere quando si opera col metodo antisettico. Il decubito gangrenoso del cranio non ha niente a vedere con la punzione, poichè si osserva negli idrocefalici che non furono giammai sottomessi alla punzione. Il collasso notato in seguito alla puntura aspiratrice non è giammai grave.

In conclusione, l' aut. opina che la punzione aspiratrice del cranio o del canale lombare è indicata nelle meningiti recenti accompagnate da fenomeni di compressione, nelle meningiti tubercolari e sifilitiche a stadio tardivo, nell'aumento del capo che si osserva dopo certe meningiti (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*).

G. SOMMA.

ISNARDI. — Sopra un caso di cisti congenita sacro-coccigea guarita coll'operazione di Kraske.

Trattasi di una bambina di 23 mesi accolta, a dì 27 giugno 1892, nell'Ospedale dell'Addolorata di Torino. Fin da pochi giorni dopo la nascita, la bambina aveva presentato una tumefazione fra l'ano ed il coccige, tumefazione che crebbe fino a raggiungere il volume di un'uovo di pollo. All'età di 15 mesi, questa si ruppe spontaneamente, dando esito ad un liquido scuro sanguinolento. D'allora in poi l' apertura non più si chiuse, dando sempre perdita ora di siero limpido, ora di pus e sangue. All' esame fisico si nota regolare sviluppo organico, pallore generale, gracilità, impossibilità a reggersi in piedi. Fra il coccige e l'apertura anale havvi una tumefazione rotonda, voluminosa, per cui l'apertura anale è spostata molto in avanti ed il coccige indietro. Nella parte più alta del tumore vi è un' apertura fistolosa che mena in un' ampia cavità esistente fra il retto ed il sacro-coccige, estendendosi lateralmente fino alle due ossa ilia-

che. Il liquido che da essa geme ha tutti i caratteri del liquido cerebro-spinale, che esce in maggior quantità allorchè la bambina grida o fa sforzi. In media, la quantità di liquido emessa, è di 7 grammi all'ora. Ai lati dell'apertura fistolosa esistono due ulcerazioni di cattivo aspetto che dànno pus e sangue. Vi è febbre e profusa diarrea. Non vi sono altre cisti in altre regioni del corpo.

Trattavasi evidentemente di una cisti congenita (meningocele) comunicante col sacco-meningeo, giacente fra il retto ed il sacro ed apertasi allo esterno. Le cure assidue guarirono le ulceri cutanee, cessò pure la diarrea e la febbre, ma l'apertura fistolosa rimase beante. Invano furono tentate le injezioni di tintura di jodo e di cloruro di zinco, la cauterizzazione col termocauterio del forame fistoloso e la legatura circolare a borsa della fistola. A rinfrancare un poco le gravi perdite che giornalmente subiva l'inferma, furono praticate, alla distanza di 15 giorni, tre injezioni sottocutanee di siero di sangue, di 25 grammi l'una; le prime due di sangue umano e la terza di sangue di pecora, dopo le quali le forze della bambina si riebbero alquanto. Fu allora che l'autore si determinò ad eseguire la sutura o ligatura del peduncolo della cisti; ma la difficoltà era di raggiungere il peduncolo che, nel caso attuale, era situato nella concavità dell'osso sacro. Per superare questa difficoltà, non rimaneva che praticare la resezione del sacro, secondo il metodo Kraske. Al 13 maggio 1893 l'operazione fu eseguita nel modo che segue.

Cloronarcosi. Incisione cutanea mediana dalla metà del sacro fino alla punta del coccige, altra trasversale che dalla estremità superiore della prima si mena verso destra. Seguendo questa linea, l'osso fu risecato trasversalmente a livello della 4ª vertebra. Lungo la incisione longitudinale si isola il margine sinistro del sacro e del coccige dalle parti molli. Portando in basso con un uncino questo lembo osteoplastico, mercè strumenti ottusi introdotti sulla guida del dito nel forame della fistola precedentemente sbrigliata si riesce ad isolare il peduncolo della cisti in prossimità della concavità del sacro; ed allacciato il peduncolo lo scolo del liquido cessa immediatamente. Nel 2° tempo della operazione l'aut., non potendo per le molteplici aderenze enucleare tutta la borsa cistica, incise questa longitudinalmente dal suo sbocco cutaneo fino alla legatura e poi con un cucchiaio raschiò la sua superficie sierosa e ne cauterizzò il fondo con una soluzione di cloruro di zinco al 15|00. Fu zaffata la ferita senza sutura; furono allacciati i due capi dell'arteria sacrale media recisa e furono injettati per precauzione altri 25 grammi di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, calda, sotto la pelle, e la bambina si riebbe tosto. Due giorni dopo l'operazione, tolta la garza, fu rimesso in sito il lembo osteoplastico e la cicatrizzazione si effettuì in massima parte per prima intenzione, salvo in corrispondenza dell'antico sbocco della fistola, i cui margini al 10 giugno furono cruentati e riuniti con punti di sutura metallica. La guarigione fu definitiva e radicale.

Codesta operazione sembra non essere stata finora da altri eseguita per la cura dei meningoceli, per i quali gli autori sperimentarono l'enucleazione della cisti seguita quasi sempre dalla morte del paziente.

Czerny, nell'ultimo Congresso di chirurgia di Berlino (1893), enumerò le affezioni nelle quali finora fu praticata la resezione del sacro, ricordando i tumori del sacro stesso, quelli del retto, dell'utero, i neoplasmi paravescicali e qualche caso di fistola vescico-vaginale e di atresia del retto. L'aut. crede che possono entrare in questa categoria anche queste cisti congenite della regione sacro-coccigea. (*Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino*). G. Somma.

BURTON-FANNING.—**Il bromoformio contro la pertosse.**

L'autore si è servito con successo del bromoformio in emulsione con la gomma adragante, lo sciroppo e l'acqua, in 30 bambini di tre mesi ad otto anni affetti da tosse convulsiva. Un solo bambino, il cui stato era disperato prima già d' imprendere la cura, morì in seguito ad una complicanza di bronchite capillare.

A partire dal 2° giorno, gli accessi divennero sempre più corti e meno intensi, i vomiti cessarono, le epistassi ed altre emorragie scomparvero, l'espettorazione si attuava più facilmente e la bronchite scomparve.

Secondo l'aut., il bromoformio s' impiega alla dose di 10 a 30 centgr. nei bambini, da un grammo ad un gr. e mezzo negli adulti. STEPP, che lo ha impiegato in 70 casi, lo somministra alla dose di 5 a 20 gocce per giorno sotto la forma seguente: Bromoformio gocce 10, Alcool grammi 3 a 5, Acqua grammi 100, Sciroppo grammi 10. Da somministrarne uno a due cucchiaini da caffè ogni ora. (*Gazette médic. de Liège*).

G. SOMMA.

GEFFRIER.—**L'adenopatia bronchiale nei neonati.**

L'autore ha assistito cinque volte, in alcuni neonati, fin dalle prime ore che seguirono il parto, allo sviluppo di sintomi che caratterizzano l' adenopatia tracheo-bronchiale: mattezza interscapolare, sopratutto a destra, con respirazione russante, specialmente alla inspirazione; dispnea moderata; all'improvviso, sia spontaneamente durante la notte, sia sotto l'influenza di una eccitazione, crisi di dispnea simili a quelle dello spasmo glottico e dovute verosimilmente ad una eccitazione del nervo ricorrente fatta dai gangli ipertrofici. La guarigione sopravvenne in tutti i cinque casi, ma solamente a capo di molti mesi. Questa terminazione favorevole esclude l'idea di tubercolosi; bisogna credere che l'ingorgo ganglionare sia dovuto ad un catarro tracheo-bronchiale determinato da un raffreddamento. (*Le Progrès médical*).

G. SOMMA.

WOLFF.—**Comparsa simultanea di otiti medie gravi in tre bambini della stessa famiglia.**

Nella esposizione dei fatti riportati dall'autore, ciò che costituisce la parte più interessante si è appunto la comparsa della malattia sotto forma d' infezione. Ecco la storia.

Quattro bambini sani, fratelli e sorelle, due fanciulle di 11 e 10 anni e due ragazzi di 9 ed 8 anni, furono affetti quasi contemporaneamente, al cominciamento di settembre ultimo, da sintomi di catarro generale. Il catarro laringeo a timbro crupale era specialmente pronunziato, ma senza essudato. I sintomi catarrali dettero bentosto luogo alla sordità.

La più giovane delle due fanciulle fu colta in un attimo, nella notte dell'8 al 9 settembre, da una forte febbre con pianti per intensi dolori nell'orecchio sinistro e, dopo due giorni, anche nell'orecchio destro. Nel giorno 12: scolo purulento a sinistra. Lo stesso giorno, l'altra fanciulla, primogenita, fu presa da una forte febbre e si lagnò di vivi dolori in ambe le orecchie. Una otorrea e dei sintomi di mastoidite apparvero bentosto. Questa sindrome fenomenica, insieme alla febbre, non venne meno alla comparsa dello scolo purulento.

Al 18 settembre l'aut. esaminò i bambini; nei due maschi egli rinvenne una forte opacità e retrazione delle due membrane timpaniche ed una diminuzione apprezzabile dell'udito.

Le due fanciulle avevano l'aspetto di essere inferme di una grande malattia d'orecchio; le regioni mastoidee erano assai rosse ed edematose. La pressione su queste regioni era estremamente dolorosa. Nella più piccola questi sintomi erano soprattutto accusati al lato destro, ove non rinvenivasi ancora perforazione. Poichè la membrana del timpano era assai opaca e fortemente gonfia, l'aut. praticò immediatamente la paracentesi, che dette esito ad una grande quantità di pus, e credè suo dovere praticare anche la paracentesi a sinistra nella bambina più grandicella, poichè il pus non fuoriusciva che difficilmente attraverso una piccola apertura. Fu prescritto un trattamento sedativo, e delle injezioni.

Mentre le due piccole fanciulle erano così gravemente inferme, uno dei fratelli fu preso, di un subito, la sera da una forte febbre e da vivi dolori nell'orecchio sinistro, che aumentarono nella notte successiva, fino a diventare insoffribili.

Nella mattina del giorno seguente la membrana del timpano sinistro era sensibilmente gonfia e protuberante in forma di bolla emorragica. La paracentesi praticata immediatamente dette esito a sangue ed a grande quantità di pus.

In questo bambino i sintomi migliorarono rapidamente, mentre che lo stato delle due fanciulle rimase abbastanza grave, in onta al trattamento coscienzioso fino allora praticato. I sintomi rimasero immutati durante parecchie settimane. Finalmente, la più giovane guarì completamente da ambo i lati senza altro intervento operativo, dopo di avere avuto un'accesso di freddo e dei vomiti. Lo stesso accadde all'orecchio destro della primogenita, mentre a sinistra si ebbe a deplorare una carie abbastanza estesa dell'apofisi mastoide, la quale non guarì se non dopo il raschiamento radicale dell'osso malato.

L'esame batteriologico del pus dell'orecchio ha mostrato, insieme a bacilli corti e mobili, anche numerosi micrococchi del pus, ed in particolare lo stafilococco piogeno aureo. Nessun pneumococco, nè bacilli dell'*influenza*.

In conclusione, la ipotesi più probabile è che si sia trattato d'*influenza*; la forma emorragica dell'otite media in uno dei bambini veniva in appoggio di questa ipotesi. (*Revue de Laryngologie, d'otol. et de rhinol.*).

G. Somma.

Rinonapoli.—**Di alcune malattie frequenti nella prima infanzia e del modo di prevenirle e di curarle.**

Questo opuscolo, scritto con un'indirizzo prevalentemente pratico, è dedicato alle madri alle quali l'autore porge, con ammirevole sollecitudine e con chiarezza degne di encomio, i più salutari consigli in riguardo alla profilassi ed alla cura delle principali e più frequenti affezioni che si riscontrano nel bambino nei primi giorni dalla nascita.

L'aut., dopo la esposizione di tutti quei precetti relativi alla nettezza del capo del neonato, al modo come vestirlo, al bagno quotidiano, all'assuefazione graduale all'aria libera, e dopo di aver dato uno sguardo alle più elementari nozioni d'igiene infantile, passa a descrivere alcune malattie che assai spesso si verificano nella prima epoca della vita. Mette quindi a rassegna l'ulcerazione della piaga ombelicale, l'ernia congenita ed acquisita dell'ombelico, l'ingorgo mammario, lo sclerema, l'eritema, l'eczema, le ulcerazioni dei calcagni, le stomatiti, il mughetto, la dispepsia e il catarro gastrico ed intestinale non che i disturbi dell'apparecchio respiratorio, così frequenti nella prima età della vita. Per cia-

scuna delle cennate affezioni RINONAPOLI non tralascia di esporre le sue vedute speciali sia in riguardo alla profilassi che alle cure generiche, dettando pure per qualcuna di esse buoni consigli terapeutici, frutto della sua lunga esperienza in materia d' igiene infantile. (*Raccolta di scritti di medicina per còlti profani redatta dal Dott.* TEDESCHI—*Trieste*).

G. SOMMA.

OEHLSCHLAEGER.—**Sulla cura dell'asfissia dei neonati.**

Due sono le indicazioni principali sulle quali l'autore si fonda per richiamare in vita i bambini che nascono asfittici; esse consistono: 1) nelle trazioni esercitate sulla lingua; 2) nella compressione esercitata sulla regione cardiaca.

Le trazioni fatte sulla lingua verranno praticate verso uno degli angoli della bocca durante le manovre di respirazione artificiale. Esse rimuovono l'ostacolo alla penetrazione dell'aria dei polmoni cagionato dalla compressione che la base della lingua fa sulla laringe, e forniscono risultati soddisfacenti, quando sono praticate nei bambini con asfissia di primo grado (asfissia bleu).

La compressione, poi, sulla regione cardiaca è indicata specialmente nei bambini affetti da asfissia di 2° grado (asfissia pallida). Essa dovrà essere eseguita con metodo. Le pareti toraciche del neonato verranno circondate dalle dita di una mano, in modo da agire direttamente sulla regione del cuore e produrre compressioni leggiere, continue, ritmiche, che si succedono a brevissimi intervalli, possibilmente in numero eguale alle pulsazioni fisiologiche del neonato, cioè 120 compressioni al minuto. (*Centralblat für Gynec.*).

G. SOMMA.

FERREIRA.—**Su di un caso di pseudo-paralisi sifilitica dei neonati.**

Contrariamente a quanto sostenne il PARROT, le osservazioni dei pediatri tendono oggi a stabilire, in modo indiscutibile, che la pseudo-paralisi sifilitica è del tutto curabile. COMBY, fin dal 1891, si è occupato di questa quistione del pronostico, ed, in appoggio alla sua opinione sulla benignità dell' affezione, ha pubblicato quattro osservazioni seguite da guarigione a capo di 15 giorni. MONCORVO, mettendo a profitto i casi osservati nel reparto delle malattie dei bambini da lui diretto alla Policlinica di Rio de Janeiro, ha pubblicato nel corrente anno un prezioso lavoro sull'argomento fondandosi su tre osservazioni della malattia del PARROT perfettamente caratterizzata, e che furono seguite da guarigione completa a capo di poco tempo.

Il caso esposto dall'aut. fu raccolto in clinica privata, ed era notevole sopratutto per la generalizzazione dei fenomeni e per la prontezza del miglioramento.

Trattasi di una bambina di un mese, affetta certamente da sifilide ereditaria. La madre, dell'età di 28 anni, non ebbe mai sintomi sospetti. Ha avuto 4 figli, due nati morti, ed uno morto a 4 mesi in seguito a manifestazioni cutanee abbastanza gravi. La piccola inferma poi è la quarta della serie. Il padre è affetto da note sifilitiche incontestabili.

Otto giorni dopo la nascita, la madre osserva che la bambina non poteva muovere gli arti superiori; questa paralisi guadagnò prestamente gli arti inferiori, di maniera che ogni movimento delle mani e dei piedi divenne impossibile. Nello stesso tempo ella constata un certo gonfiore doloroso localizzato sul terzo superiore degli antibracci e delle gambe,

ed una colorazione violacea della pelle in vicinanza delle articolazioni. La bambina gridava ogni qualvolta la madre esercitava una pressione sugli arti affetti; il menomo toccamento risvegliava dei dolori.

Il naso della infermuccia si mostrava ostruito a causa della rinite crostosa di cui era affetto; la corizza era così accentuata da impedire alla piccola bambina di succiare. La madre constata delle bolle di pemfigo palmare e plantare. Due giorni dopo la comparsa dei fenomeni pseudo-paralitici le commessure labiali si mostrarono screpolate in guisa da sanguinare ogni qualvolta l'ammalata gridava. Papule miliari disseminate su tutto il corpo. Talloni sprovvisti d'epidermide per la desquamazione delle bolle di pemfigo.

Preoccupata dallo stato serio della infermuccia, la madre si decise di far osservare la bambina all'autore. Questi constata tutte le note della sifilide ereditaria. La bambina era magra, avvizzita, col viso dell' aspetto caratteristico della faccia senile. Pelle secca, pergamenacea. Corizza intensa. Ragadi profonde alle commessure labiali. Croste sul cuojo capelluto. Eruzione papulosa generalizzata. Gangli periferici tumefatti. Desquamazione palmare e plantare. Esplorazione degli arti dolorosi. Antibraccia pendenti inerti lungo il corpo, indifferenti ad ogni eccitamento per farle muovere. Pressione dolorosa a livello delle articolazioni radio-cubitali, che mostravansi tumefatte e con la cute di una colorazione violacea. A livello della estremità superiore del radio percezione di una leggiera crepitazione prodotta dallo scollamento epifisario. La pseudoparalisi delle gambe era, secondo la madre, di' già un poco attenuata. Alle medesime si potevano imprimere alcuni movimenti limitati che non mancavano di provocare segni di sofferenza. A livello delle articolazioni notavasi pure un gonfiore iperostosico poco marcato sul quale la pressione era dolorosa.

La bambina fu sottomessa alle frizioni mercuriali ed all'uso del liquore di Van-Swieten (un grammo di unguento napoletano e 5 milligrammi di sublimato per giorno. Dopo un mese di cura i movimenti degli arti superiori erano perfettamente ristabiliti. La continuità delle ossa reintegrata. La tumefazione completamente svanita. Le ragadi alle labbra scomparse. Le manifestazioni cutanee abbastanza dileguate. I fenomeni pseudo-paralitici non si sono più riprodotti.

Come, si vede il caso che precede è assai dimostrativo dal punto di vista della sollecita guarigione della malattia di Parrot, la quale può essere agevolmente arrestata, anche nei piccoli infermi che offrono manifestazioni molto intense di sifilide ereditaria; del pari il caso è anche interessante per la generalizzazione della pseudo-paralisi e per la precocità dalla sua comparsa; otto giorni dopo la nascita i quattro arti erano affetti da inattività muscolare. Il fatto è raro, e sotto questo rapporto ancora la riportata osservazione merita di essere registrata. (*Le Progrès médical*). G. Somma.

Gonzalez Alvarez.—**Peritonite generalizzata settica in un neonato di tre giorni; estesa ulcerazione del colon senza colite, tubercolosi ereditaria.**

Il bambino osservato dall'aut. presentava allo esame obbiettivo l'addome doloroso, uniformemente tumefatto, alvo chiuso, vomiti e febbre. Offriva buona costituzione organica o succhiò bene nei primi due giorni dalla nascita. Esisteva, forse, peritonite generalizzata, probabilmente per

invaginazione intestinale, per tiflite o peritiflite che il tatto, la palpazione e la percussione non potettero accertare. Si eliminò il sospetto di una onfalite o di una flebite ombelicale, per mancanza assoluta dei sintomi e segni relativi al cordone ed all'anello ombelicale, non che pure la setticemia del cordone. La cura praticata fu impotente: i sintomi si aggravarono ed il bambino morì al sesto giorno d'infermità con una temperatura scesa fino a 35°.

L'autopsia confermò una estesa peritonite per perforazione intestinale con molte erosioni ed ulcerazioni esistenti nella prima porzione del colon, a 22 millimetri dalla valvola, e nella sua parete postero-inferiore, del diametro di uno a sei millimetri.

Di che natura erano tali lesioni? Se fossero state prodotte dal bacillo *coli communis* occorrevano parecchi giorni. Potevano essere sifilitiche? In tal caso le manifestazioni sogliono essere più tardive. Essendo stata l'unica manifestazione riscontrata all'autopsia, bisogna tener conto che la madre del neonato era affetta da tubercolosi polmonale con caverne ed infezione generale. (*El Siglo médico*).

G. Somma.

Muller. — Enteroclisi nella diarrea estiva dei bambini.

L' autore riferisce esattamente casi di diarrea estiva nei bambini trattata con le irrigazioni associate a delle misure igieniche rigorose, ad una regolarizzazione del regime ed alla somministrazione di rimedî interni appropriati. Dal suo lavoro scaturiscono le seguenti deduzioni:

1) L'irrigazione intestinale può essere considerata come un coadjuvante utile nella cura metodica dei casi di diarrea estiva;

2) L' irrigazione praticata con l' acqua fredda o gelata abbasserà la temperatura della porzione inferiore dell' addome per refrigerazione diretta della massa del sangue, questo processo è indicato quando la elevazione della temperatura, durante da lungo tempo, minaccia la vita per la coogulazione del liquido cerebrale o del protoplasma cardiaco, oppure quando l' accumolo delle materie fecali, del muco, ecc. nell' intestino determina una irritazione continua della mucosa di quest' ultimo;

3) I dannosi effetti degli alcaloidi animali tossici sono o diminuiti, o annichiliti o dissipati dalle irrigazioni;

4) L' influenza di questo metodo sull' apparecchio circolatorio traspare con le modificazioni del polso che diviene meno frequente e più forte;

5) L' enteroclisi sistematica determina un' immegliamento dei sintomi ed una diminuzione nella durata della malattia; essa combatte spesso lo stato paretico dei differenti organi;

6) La resistenza che la febbre oppone alla sua riduzione con questo metodo costituisce un segno della gravezza o della benignità del caso;

7) I stimolanti alcoolici godono una certa importanza nella cura della diarrea estiva nei bambini. (*Therapeutic Gazzette*).

G. Somma.

Deschoizilles. — Caso di malattia di Addison in un bambino.

Il soggetto di questa osservazione è una bambina di 13 anni che nella infanzia ebbe e soffrire convulsioni. Quando l'autore ebbe ad osservarla, ella accusava anoressia, dolori generali parossistici agli arti inferiori, non che una speciale colorazione della cute. Niente di notevole all' apparecchio respiratorio e cardio-vascolare. Durante la sua permanenza all' Ospedale aumentò la colorazione della pelle che era bronzina in cor-

rispodenza delle articolazioni, delle bozze frontali, delle regioni temporali, sulle braccia e sulle orecchie. Le orine erano normali. Repentinamente l'infermuccia fu colta da diarrea con vomito, urine rare ed albuminose, dolori forti alle sure, e dopo 24 ore morì.

Al tavolo anatomico furono rinvenute le capsule surrenali notevolmente tumefatte, e di esse più la sinistra che la destra, a superficie irregolare, con numerosi nuclei tubercolari di varia grossezza. Nulla di rimarchevole agli altri organi.

Questa osservazione, secondo l'aut., stabilisce una volta di più che il morbo di Addison si può riscontrare tanto nel bambino che nell'adulto; che in amendue i casi si ha la colorazione bruna della cute accompagnata da disturbi cachettici, dolori multipli e marasma profondo con esito letale, ora dopo alcune settimane, ora dopo mesi, ora dopo anni, senza che la terapia modifichi seriamente il corso della malattia. (*Gl'Incurabili*).

G. Somma.

Tripold. — **Osservazioni sull'efficacia dell'idroclorato di fenocolla nei bambini.**

Il cloridrato di fenocolla (*amido-acetoparafenetidina*) è stato sperimentato dall'autore nella clinica pediatrica di Graz. Una prima serie di osservazioni si riferisce alla sua efficacia antipiretica, e comprende un caso di tubercolosi polmonare, uno di pneumonite crupale ed uno di tifo addominale. La dose impiegata fu di mezzo grammo al giorno. Dalle osservazioni risultò che il medicamento non esercita azione sicura, notevole, in riguardo all'antipiresi sull'organismo infantile ammalato, per cui, sotto questo aspetto, esso è certamente inferiore all'antipirina ed alla fenacetina; d'altra parte dà luogo a sintomi così gravi, anzi pericolosi, indice di azione deleterea sul cuore, da indurre a sconsigliarne l'uso nei bambini febbricitanti.

Una seconda serie di osservazioni dell'Autore si riferisce alla tosse convulsiva (50 casi), in cui la dose quotidiana somministrata fu di 0,25 a 1,60 gram. o in polvere o in soluzione. In un caso si ottenne la guarigione, in diciassette miglioramento. Giammai si sono osservati effetti accessorî, come disturbo dell'attività cardiaca, della digestione oppure irritazione renale. Nei bambini febbricitanti il Tripold non ha mai osservata la reazione indicata da Hertel, consistente nella colorazione oscura dell'orina mediante l'aggiunzione di soluzione di cloruro ferrico dopo la somministrazione della fenocolla; invece essa si è chiaramente verificata nell'orina di bambini sani lasciata in riposo mezza a due ore dopo l'uso del medicamento. (*Giorn. intern. di Scienze mediche*).

G. Somma.

BIBLIOGRAFIA

Pestalozza F. — Bambini infermi—Preludio— Norme alle madri per bene assisterli.—Piacenza, 1893.

Il modesto titolo imposto al lavoro farebbe credere, a prima giunta, trattarsi di una novella edizione d'igiene infantile, più o meno corretta e riveduta, come quelle che, a breve scadenza, ci passano sott'occhi. Eppure, non è così.

Basterebbe leggere appena il pregevole scritto di Pestalozza per con-

vincersi di quanta dottrina le sue bellissime pagine sono adorne. Volgarizzando con tatto squisito e con maestria inimitabile una miriade di conoscenze d'igiene infantile, l'aut. è giunto a dare al suo lavoro una impronta originale sorretta in ispecial modo da una chiarezza di esposizione e da uno stile spigliato, per verità non comuni. Se a questi pregi si aggiunge l'entusiasmo con cui è scritto e la fede illimitata nelle norme che egli detta e nei principî che professa, si giudicherà facilmente di quanta reale utilità questo libro potrà riuscire non solo per le madri, a cui è dedicato, ma benanche per quella enorme falange di sedicenti pediatri che, privi di una pratica illuminata, non sanno vedere appo la culla del bambino altro cha spirilli, microbi e batterî!

L'unità di concetto intorno a cui l'aut., con ammirevole disinvoltura, ha saputo tessere la trama di questi suoi preludi, consiste appunto nel dimostrare, con i più decisivi ed inconfutabili argomenti, la importanza e la necessità di una intelligente assistenza ai bambini infermi. Stabilito l'assioma che la natura, il medico e l'assistente costituiscono la vera alleanza difensiva per il bambino infermo, il Pestalozza propugna la necessità di chiamare subito il medico; studia le cause dalle quali deriva la deficiente assistenza, attribuendone la maggior responsabilità ai medici stessi allorchè sacrilegamente sentenziano che il bambino infermo non va curato, e dimostra il poco conto in cui, presso molte famiglie, viene tenuto il pediatra. Indi, espone con rapido cenno, le cagioni delle malattie infantili in generale, propugnando la cura esatta e scrupolosa delle medesime fino all'ultimo respiro della vita.

Splendida poi è l'esposizione della colluvie dei pregiudizì, degli errori e delle superstizioni, che costituiscono sovente insormontabili baluardi innanzi a cui si frange ogni più ardita iniziativa per salvare una vittima innocente; ne confuta le principali, quelle almeno che egli le stima degne.

Tratta in seguito di alcune regole generali che, nella maggioranza dei casi possono essere valevoli per le madri a saper distinguere una indisposizione da un vero processo morboso, tracciando all'uopo un piccolo trattatello di semiotica infantile. S'intrattiene perciò del filetto linguale, della congiuntivite purulenta, delle deviazioni della rachide, degli scoli auricolari, della crosta lattea, dei denti e dei vermi, assegnando ad ognuna delle predette manifestazioni il vero valore fisio-patologico e clinico. L'aut. infine indaga le cause che rendono il bambino indocile ed intollerante del nome e della vista del medico, fornendo all'uopo i consigli per renderlo docile ed obbediente.

L'impronta geniale, che istintivamente l'aut. sa dare a tutti i suoi scritti, rende anche questo suo ultimo lavoro pregevolissimo, sollevando la sua lettura lo spirito in più *spirabile aere* da non sembrar certo la stessa di quella in cui oggi sventuratamente la novella generazione medica si acclimata e vive! G. S.

Filatow.—Klinische Vorlesungen über Diagnostik und Therapie der Darmcatarrhe bei Kindern mit besonderem Berücksichtigung des Säuglingsalters (*Lezioni cliniche sulla diagnosi e sulla cura del catarro intestinale nel bambino e più specialmente nel lattante*).—Moscou, 1893.

Non privo d'interesse è quest'altro lavoro del chiaro autore, soprattutto se si tien conto della importanza eccezionale dell'argomento e delle innumerevoli difficoltà che s'incontrano nello studio del medesimo.

L'aut., innanzi tutto, distingue diverse forme di diarrea infantile, che sono: 1) diarrea dispeptica; 2) diarrea catarrale acuta; 3) enterite follicolare; 4) diarrea catarrale cronica.

Descrivendo la prima forma, a noi sembra che l'autore non abbia nettamente distinta la dispepsia cronica dei bambini nutriti col biberone da quella passeggiera dei bambini allevati al seno; mentre la fisonomia clinica che le due cennate forme offrono è così differente, da richiedere opportunamente una descrizione separata.

La seconda forma trattata dall'aut. corrisponde a quella che dalla generalità dei pediatri vien denominata gastro-enterite acuta, ed il cholera infantum sarebbe pel Filatow una modalità della terminazione della diarrea catarrale acuta, ciò che in verità non è ammissibile in tutti i casi.

La terza forma, l'enterite follicolare, che si localizza sul retto e sul colon discendente, presenta dei sintomi assai analoghi a quelli della dissenteria. L'esistenza della enterite follicolare considerata come tipo morboso distinto, non viene ammessa da tutti gli autori. Facendo astrazione dei casi piuttosto frequenti, nei quali si tratta di una dissenteria sporadica, la psorenteria, seguita o non dalla ulcerazione dei follicoli, non è per molti che una lesione accidentale, e che può osservarsi in tutte le diarree acute.

La diarrea catarrale cronica poi è quella che, secondo l'aut., si osserva esclusivamente nei bambini da uno a tre anni, e che, secondo lui assai spesso conduce i bambini alla atrepsia.

Non sembra però che questa forma potesse costituire un tipo morboso a parte, presentandosi, assai spesso, come manifestazione della tubercolosi dei ganglî mesenterici e della dispepsia dei bambini rachitici. Dippiù, pare che l'aut. non abbia un concetto abbastanza chiaro della vera atrepsia descritta dal Parrot, la quale riscontrasi solamente nei neonati, cioè fino al 3° mese di età, e giammai si osserva in epoche ulteriori della vita.

In riguardo poi al capitolo che tratta della terapia, il Filatow raccomanda innanzi tutto di rimettere il regime alimentare nelle condizioni normali. Il succiamento dovrà esser fatto ad intervalli regolari, durante i quali, se il bambino piange, potrà essere propinato qualche cucchiaino da caffè d'infuso di valeriana mischiato ad acqua zuccherata.

Nella diarrea dispeptica dei bambini allevati al seno, l'aut. amministra una pozione costituita da pepsina (60 centg.), acido idroclorico diluito (gocce 15), ed acqua distillata (90 grammi). Nei bambini poi allevati col biberone, l'aut. invece consiglia di aggiungere ad ogni 10 cucchiai da zuppa di latte un cucchiarino da caffè di una soluzione di bicarbonato sudico (2|00). Contro i vomiti ripetuti che alcune volte si verificano nelle diarree infantili, egli raccomanda l'uso dell'acido idroclorico, della tintura di noce vomica, della polvere di rabarbaro. Contro le coliche, l'aut. pratica frizioni addominali, clisteri, bagni caldi, cataplasmi, compresse sullo addome, introduzione nell'ano di una sonda molle che permetta la sfuggita dei gas, l'oppio a tenuissime dosi (una goccia di laudano per un bambino di 3 mesi), il cloralio (0,06 a 0,20 centg. per giorno nei neonati). Raccomanda pure una pozione nella quale egli associa il laudano all'acido cloridrico che, secondo lui, riesce anche proficua nella diarrea catarrale acuta.

Nella enterite follicolare l'aut. raccomanda, fin dall'esordio, l'olio di ricino alla dose di un cucchiarino da caffè nei lattanti, e di un cucchiaio da dessert in quelli di 2 a 3 anni. Dopo l'effetto purgativo, verrà pre-

scritto l'oppio sia per la via della bocca che per quella del retto (clisteri, suppositori).

Nel colera infantile l'aut. impiega i mezzi usuali: raccomanda in ispecial modo le injezioni ipodermiche di canfora contro il collasso. Per la diarrea cronica infine egli commenda l'uso del sottonitrato di bismuto, del tannino, della polvere del Dower, del nitrato d'argento per via interna, della nàftalina, e financo del tannato di chinina qualora si abbiano accessi febbrili.

Dal fin qui esposto risulta chiaro che, in opposizione alla maggior parte dei pediatri, il Filatow è poco partigiano non solo del calomelano, quanto anche di tutti gli altri antisettici intestinali che costituiscono al certo un benefico acquisto della terapeutica contemporanea.

G. S.

Lefert P. — La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris.—Paris, 1893.

È un pregevole volume di 285 pagine, nel quale il prof. Lefert, in forma assai chiara e concisa, ha riunita la pratica dei medici e chirurgi degli ospedali infantili di Parigi. È costituito dalla collaborazione di 85 medici e chirurgi, comprendendo più di 400 consultazioni sui casi più nuovi e più rari della pratica pediatrica. Sono trattate in questo libro le questioni che giornalmente si offrono alla osservazione di ogni medico: le *angine*, l'*antisepsi*. la *bronchite*, la *bronco-pneumonite*, la *corea*, le *convulsioni*, la *pertosse*, la *coxalgia*, la *crescenza*, la *difteria*, la *febbre tifoide*, l'*incontinenza d'urina*, il *male di Pott*, *la meningite*, la *oftalmia purulenta*, la *paralisi*. la *pleurite*, la *pneumonite*, il *rachitismo*, il *morbillo*, la *scarlattina*, la *scrofola*, le *stomatiti*, i *terrori notturni*, i *vermi intestinali*.

Per facilitare la ricerca, questo libro è completato da due tavole alfabetiche, l'una coi nomi degli autori, l'altra con l'ordine delle materie. Di guisa che si può avere in una volta l'opinione di tale o tal'altro professore sulle diverse questioni che sono all'ordine del giorno, e nel medesimo tempo passare in rivista le opinioni dei diversi capi di servizio su di un soggetto determinato.

Questo libro, adunque costituisce una guida comodissima per tutti coloro che, dedicatisi da lungo tempo alla vita pratica, bramano di tenersi al corrente dei nuovi metodi di cura.

Senza dubbio, al letto dell'infermo, lo stato particolare di questi offre la medesima importanza che il genere di malattia da lui sofferta; fa d'uopo quindi che nell'arsenale terapeutico il medico scelga l'agente che si adatta meglio alla costituzione propria dell'ammalato, se veramente vorrà compiere con coscienza il suo dovere. Il libro del Lefert risponde a meraviglia a questo nobile scopo. G. S.

Verrier E.—Le premier âge et la seconde enfance.—Paris, 1893.

Quest'opera d'igiene speciale è una esposizione metodica delle conoscenze sulle cure igieniche da prodigare ai bambini. Non vi è bisogno di far risaltare la necessità dell'igiene in una età in cui deplorasi una mortalità considerevole e che è spesso vittima dei cattivi pregiudizî.

L'aut. ha adottato per base delle sue distinzioni gli intervalli di tempo determinati dalle idee pittagoriche; queste divisioni distinguono l'esistenza di sette in sette anni. La prima età va dalla nascita a sette anni; la se-

conda infanzia giunge fino e 14 anni. Il libro del Dott. Verrier si riferisce appunto alla igiene di questi due periodi.

Non vale la pena di accingerci all'analisi di questo novello manuale d'igiene infantile, poichè le materie d'igiene sono sempre, presso a poco, le stesse. Ciò che distingue però questo piccolo volume è appunto l'indirizzo pratico da cui è animato. Un medico non vi troverà affatto considerazioni fisiologiche non confacenti all'indole del lavoro; ma il pratico apprenderà in esso una molteplicità di buoni consigli di cui saprà riconoscerne la giusta applicazione della pratica. Il libro, perciò, dell'egregio aut. noi crediamo che possa esser messo a profitto dai genitori premurosi della salute dei loro bambini, a condizione che ciò venga fatto sotto il controllo del loro medico. G. S.

CORRISPONDENZA, INTERESSI PROFESSIONALI E VARIA.

Ai cortesi lettori. — Tenuto conto delle molteplici sollecitazioni e premure a noi pervenute da parecchi abbonati per la pubblicazione del volume degli atti del 2° Congresso pediatrico italiano, del quale essi furono componenti od aderenti, teniamo a dichiarare che la compilazione del medesimo non è a noi devoluta, essendo stato e tale scopo dall'Assemblea appositamente incaricato il prof. Teodosio de Bonis, che sul proposito potrà fornire le più ampie dilucidazioni. Tanto per norma degli interessati.

Per l'infanzia abbandonata. — Apprendiamo col più vivo interesse che, ad iniziativa della Duchessa Ravaschieri, sarà, quanto prima, impiantato in Napoli un dormitorio per la infanzia abbandonata. Esso sorgerà nei locali dell'abolito monastero di Donna Albina, appositamente ceduti dal Governo per questa opera eminentemente civile ed umanitaria.

Per concorrere allo impianto di questa benefica istituzione, il Governo stesso ha già elargite Lire 500, mentre il Comitato per lo impianto delle cucine economiche ha benanche assunto il nobile còmpito di compierne l'attuazione nel più breve tempo possibile, visti gli splendidi risultati ottenuti a Torino da questa pia istituzione. I bambini poveri, se non avranno di che satollarsi, potranno almeno disporre di un'umile tetto, evitando, se non altro, l'ingrato spettacolo di farsi vedere, sparuti e tremanti, seminudi e cenciosi, miseramente appollaiati sulle scale delle chiese e lungo la soglia dei negozî delle pubbliche vie durante le rigide notti d'inverno!

Nuovi giornali.—Ha cominciato a vedere la luce a Parigi un nuovo periodico di pediatria dal titolo: *Journal de clinique et de therapeutique infantiles*, di cui ne è direttore il Dott. Variot, medico degli Ospedali. A Parigi ancora il Dott. Comby, medico dell'Ospedale Tenon ha già fondato una nuova rivista mensile di clinica e terapeutica dal titolo *La pratique infantile*, di cui il primo numero sarà pubblicato il 15 gennaio del prossimo anno 1894. Porgiamo ai nostri due distinti colleghi i più sinceri augurî di prosperità, nella certezza che le loro pubblicazioni periodiche avranno vita lunga e rigogliosa.

L'isolamento dei fanciulli delle scuole in seguito a malattie infettive e contagiose.—Il Prof. Ollivier, nella tornata del 26 decorso luglio all'Accademia di Medicina di Parigi, rispondendo alla interrogazione del prof. Gréard relativa alle modifiche da apportare alle disposizioni ufficiali in riguardo al periodo d'isolamento da serbarsi dai fanciulli delle scuole colpiti da malattie contagiose, lesse un'importante lavoro dal quale detrasse le conclusioni seguenti:

A.—1) La durata di tempo (d'isolamento) dovrà essere di 40 giorni per la scarlattina, pel vajuolo e per la difterite, a computarsi dal primo giorno della invasione della infermità;

2) Sarà di sedici giorni per la rosolia e pel morbillo;

3) Per la pertosse l' isolamento sarà prolungato a tre settimane dalla cessazione completa degli accessi di tosse caratteristici;

4) Per gli orecchioni verrà serbato un' isolamento di dieci giorni a datare dalla scomparsa dei sintomi locali.

B.—1) Pria che l'alunno, dopo la malattia sofferta, rientri nella scuola, fa d'uopo che ottemperi alle misure igieniche seguenti:

Lavaggi alla bocca ed alla faringe con soluzioni antisettiche;

Bagni con sapone e frizioni generali praticate anche sul cuojo capelluto;

Disinfezione, mediante stufa a vapore sotto pressione, degli abiti che l'alunno indossava quando fu colpito dalla malattia.

2) La camera d' isolamento poi dovrà essere diligentemente aereata. Le sue pareti ed i mobili da essa contenuti saranno lavati con soluzione di sublimato corrosivo al millesimo. Il letto, gli oggetti letterecci e le tenda saranno sottoposti all'azione della stufa.

3) L'alunno, colpito da una delle citate malattie contagiose, non potrà essere riammesso alla scuola senza un certificato del medico che attesti la natura della malattia, i varî periodi della stessa e le eseguite prescrizioni igieniche più sopra enunciate.

Nella discussione che seguì alla lettura del lavoro di Ollivier il solo Lancereaux opinò che l'isolamento di 40 giorni chiesto per la scarlattina sia troppo lungo, mentre egli crede che siano bastevoli tre settimane; ma l'Ollivier dimostrò come sieno frequenti e gravissime le conseguenze della scarlattina, fra le quali assai comuni l'albuminuria a la nefrite scarlattinosa. Invece il Sée e l' Hérald sostennero che i 40 giorni non sieno sufficienti, come lo dimostrano parecchi fatti clinici e moltissime osservazioni appartenenti alle loro clientele private. Il Sée, pertanto, propone che l' isolamento venga portato ad 80 giorni.

Esaurita la discussioue, si passò alla votazione, e le proposte dell' Ollivier vennero ad unanimità approvate.

FORMOLARIO TERAPEUTICO

Geloni nei bambini

Ittiolo . . . . .)
Lanolina . . . . .) *ana* parti uguali

mib. ovvero:

Tintura di iodo . . . . gram. 5,00
Collodion . . . . » 10,00

mib.

ovvero:

Tannino	gram.	2,00
Alcool	»	5,00
Collodion	»	20,00
Tintura di belzoino	»	2,00

mib. ovvero:

Canfora	gram.	10,00
Lanolina e vaselina	*ana* »	3,00
Acido cloroidrico puro	»	2,00

mib.

Succedaneo del latte dei bambini

Crema fresca	gram.	15,00
Latte	»	60,00
Zucchero di latte	»	1,85
Acqua	»	30,00

mib.

Polvere per la pelle dei bambini

Allume calcinato Acido borico	*ana* gram.	5,00
Carbonato di calce	»	150,00
Polvere di amido	»	250,00
Acido fenico	»	3,00
Essenza di limone	gocce	5,00

mib.

Pertosse

Bromoformio	gocce	10,00
Alcool	gramm.	3-5,00
Acqua	»	100,00
Sciroppo semplice	»	10,00

mib. Da somministrarne uno a due cucchiaini da caffè ogni ora.

STEPP.

Diarrea verde

Acido lattico	gram.	1-3,00
Salicilato di bismuto	»	2-4,00
Acqua gommosa	»	150,00
Sciroppo di cotogno	»	30,00

mib. Da somministrarne mezzo cucchiaio da zuppa tre a sei volte per giorno.

Diarrea dispeptica nei bambini

Pepsina	gram.	0,60
Acido cloroidrico diluito	gocce	15,00
Acqua distillata	gram.	90,00

mib. Da propinarne un cucchiarino da caffè dopo ciascuna succhiata.

FILATOW.

Clistere purgativo per bambini

Follicoli di senna	gram.	8,00
Acqua bollente	»	150,00

infondi a caldo, ed aggiungi:

Miele del commercio	»	30,00
Solfato di soda	»	10,00

mib. Da praticarne clisteri in caso di convulsioni.

J. SIMON.

Il Direttore responsabile — G. SOMMA.


HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.

